



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Reabilitação Respiratória à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Trabalho Projeto

José Abílio Afonso Pinto



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

José Abílio Afonso Pinto

**Reabilitação Respiratória à Pessoa
com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**

Trabalho Projeto

III Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Salete Soares

Coorientação de:

Professora Doutora Clara Araújo

Novembro de 2015

RESUMO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento de incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013). Estima-se que existam em Portugal cerca de 800.000 doentes nos diversos estádios da doença, baseados na prevalência calculada no estudo BOLD:14,2%, na população com mais de 45 anos (ONDR, 2013). As repercussões da DPOC são significativas pela elevada limitação funcional que provocam na pessoa.

A Reabilitação Respiratória é recomendada como forma de tratamento (GOLD, 2013), todavia, a taxa de referenciação é baixa, assim como a capacidade de resposta dos serviços de saúde públicos ou privados. Em Portugal foi avaliada em 0,1%, na Europa nos países de maior adesão, em 30%. (ONDR, 2013).

Conscientes para a problemática real e com intenção de intervir visando a promoção da saúde respiratória, abordamos neste trabalho de projeto a necessidade da implementação de um programa de Reabilitação à pessoa com DPOC. Baseado na Metodologia de Projeto, segundo as etapas descritas por Nunes [et al.] (2010), contemplamos as seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento e proposta de avaliação. As etapas de execução e divulgação dos resultados serão desenvolvidas numa segunda fase, em contexto real aquando da implementação do projeto. A etapa de diagnóstico serviu de ponto de partida para este trabalho, relacionou-se com a identificação das necessidades na realização dos autocuidados e atividades de vida diária das pessoas com DPOC.

Os instrumentos de recolha de dados foram a entrevista semiestruturada, no sentido de identificar as necessidades dos participantes e cujos dados foram sujeitos a análise conteúdo, segundo as etapas descritas por Sampieri [et al.] (2006) e a análise SWOT com base em documentos de diferentes fontes.

Participaram no estudo 06 pessoas com DPOC 03 do sexo masculino e 03 do sexo feminino. Observou-se que a dispneia, sintoma prevalente nas pessoas com DPOC, foi manifestada por metade dos entrevistados. Além disso, estas

peessoas apresentam maior limitação no desempenho das atividades de vida diária básicas e instrumentais o que interfere muito significativamente na sua autonomia.

As intervenções de enfermagem planeadas visam essencialmente proporcionar uma melhoria na qualidade de vida.

A implantação do programa de Reabilitação terá como contexto os Cuidados de Saúde Primários (CSP), através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Palavras-chave: Metodologia de Projeto, Cuidados de Saúde Primários, Reabilitação Respiratória; DPOC.

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease is currently the fourth cause of death in Europe and the fifth leading cause of death in Portugal (ONDR, 2011). Furthermore, it is a chronic disease whose incidence and prevalence is believed to be on the increase in the next couple of years. (Gold, 2013). It is estimated that in Portugal there are about 800,000 patients in various stages of the disease, based on the prevalence calculated in BOLD study: 14.2% in the Portuguese population older than 45 years (ONDR, 2013). The repercussions caused by COPD are significant because of the high functional limitations that it causes in person.

It is highlighted the importance the role of the nurse is in Respiratory Rehabilitation, however, the referral rate as well as the adhesion to Respiratory Rehabilitation is low, as is the response capacity of the public or private health services. In Portugal it was estimated to be 0.1% , and 30% in European countries with greater adherence. (ONDR, 2013).

Sensitized to the problema at hand and with the intent to intervene focusing on respiratory health promotion, we address in this paper the need to implement a rehabilitation program for people with COPD.

To realize the work we developed a project. This work was based on a project methodology, according to the steps outlined by Nunes et al. (2010), these steps include: diagnosis of the situation, defining goal, planning and evaluation proposal. The steps for implementation and dissemination of results will be developed in a second phase, in a real context when implementing the project. The diagnostic step which served as the starting point for this work was based on identifying the need to realize self-care and activities of daily living of people with COPD.

Participated in the study 06 people with COPD 03 male and 03 female. It was observed that dyspnea, prevalent symptom in people with COPD, was

expressed by half of respondents. In addition, these people are more limited in performing basic and instrumental activities of daily living which interferes very significantly in their autonomy.

The nursing interventions planned are intended primarily to provide a better quality of life.

The implementation of the rehabilitation program will be based on the Primary Health Care (PHC) in the Community Care Unit (CCU).

Keywords: project methodology, primary health care, pulmonary rehabilitation; COPD.

AGRADECIMENTOS

- A todos que estiveram presentes neste percurso de aprendizagem;
- À minha orientadora Professora Doutora Maria de La Salette Rodrigues Soares e Co-orientadora, Professora Doutora Clara Araújo pela orientação, disponibilidade e empenho dispensados, imprescindíveis para a concretização deste projeto;
- As pessoas pela colaboração;
- A todos os colegas pela dedicação, motivação e incentivos;
- À minha família, pelo carinho, compreensão, incentivo e motivação, que me ajudaram a superar os momentos de desânimo para continuar este percurso, até à sua concretização.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

SIGLAS E ACRÓNIMOS

INTRODUÇÃOp. 13

CAPÍTULO 1 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA, MODELOS E REABILITAÇÃO PULMONAR.....p. 17

1 - Doença pulmonar obstrutiva crónica.....p. 19

2 - Reabilitação respiratóriap. 27

2.1 – Cuidados de enfermagem de reabilitação p. 32

3 - A enfermagem de reabilitação e os modelos do autocuidado e atividades de vida diáriap. 36

4 - A organização dos cuidados de saúde primários p. 40

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA DO PROJETOp. 45

1 - Concetualizaçãop. 47

2 – Diagnóstico de situaçãop. 48

2.1 - Contexto do estudop. 49

2.2 - Problemática.....p. 51

2.3 - Instrumentos de recolha de dados.....p. 52

2.4 - Procedimentos de recolha de dados p. 54

2.5 - Apresentação, análise e interpretação dos resultados.....p. 57

3 - Objetivosp. 70

4 – Planeamento da ação..... p. 72

5 – Proposta para avaliação do projetop. 86

5.1 - Avaliação do programa de reabilitação respiratóriap. 87

CONCLUSÕESp. 91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....p. 95

ANEXOSp. 105

ANEXO 1 Parecer da comissão de éticap. 107

ANEXO 2 Matriz de redução de dados p. 111

ANEXO 3 Euro Qol p. 129

ANEXO 4 Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire p. 133

ANEXO 5 Escala london chest activity of daily living	p. 137
--	--------

APÊNDICES	p. 141
------------------------	--------

Apêndice A Declaração de Consentimento	p. 143
--	--------

Apêndice B Guião de entrevista.....	p. 147
-------------------------------------	--------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 Quadro Síntese, Áreas Temáticas, Categorias e Sub-categorias.....	p. 58
--	-------

Quadro nº 2 Análise SWOT	p. 69
--------------------------------	-------

Siglas e Acrónimos

AVD's – Atividades de vida diária

ABV - Atividades básicas de vida

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AVPP - Anos de Vida Potenciais Perdidos

BOLD – Burden of Obstructive Lung Disease;

CIPE – Classificação internacional prática de enfermagem

CO2 - Dióxido de Carbono

CPAP - pressão positiva contínua

DALY – Disability-adjusted life year

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença obstrutiva pulmonar crónica

ECCI – Equipa cuidados continuados integrados

EPE – Empresa pública empresarial

FEV1- Volume expirado forçado no 1 segundo

FVC – capacidade vital forçada

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

INE - instituto nacional de estatística

ICN – international council enfermagem

LABA - Long-Acting Beta-Agonists

LCADL - Escala london chest activity of daily living

LAMA – long-acting muscarinic antagonist

MCSP – missão para os cuidados de saúde primários

MRCDQ - Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de/da Saúde

ONDR - Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

PH - Potencial De Hidrogénio

PNDR – plano nacional doença respiratórias

PRSN – plano regional de saúde do norte

PLS – Plano local de saúde

RR - Reabilitação Respiratória

SABA – short-acting β 2-agonis

SAMA – short-acting muscarinic

UCC - unidade de cuidados continuados

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF - unidade saúde familiar

UNICEF – United Nations Children's Fund

VNI – Ventilação não invasiva

WHO-World Health Organization

YLD – Years Lived With Disability

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento de incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013). Em Portugal, estima-se uma prevalência da DPOC de 14,2% nos indivíduos acima dos 40 anos, com principal expressão no grupo etário acima dos 65 anos (ONDR, 2011).

No início de 2012 as doenças respiratórias foram consideradas como uma prioridade em Saúde, e lançado o Programa Nacional das Doenças Respiratórias, no âmbito da Direção Geral da Saúde (ONDR, 2013).

A nível dos Cuidados de Saúde Primários o número de pessoas inscritas com o diagnóstico da DPOC tem vindo a aumentar, apesar de a sua percentagem na lista de utentes ativos ser muito inferior ao valor da prevalência (ONDR, 2013).

A DPOC enquanto doença respiratória caracteriza-se, segundo a GOLD (2013) por, uma enfermidade caracterizada por limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível.

Ao consultar-se o Plano Nacional de Saúde de 2012 - 2016, pode verificar-se que as previsões dos internamentos devido a DPOC apontam para a passagem de 29,4% internamentos por cada 100.000 habitantes abaixo dos 70 anos, em 2009, para 24,8% em 2016, apesar da meta apontada como desejável pelos responsáveis pela Saúde se situar em 17,9%.

Hoeman, (2011, p. 1) define Enfermagem de Reabilitação como sendo:

“o diagnóstico e tratamento das respostas dos indivíduos e grupos a problemas de saúde potenciais ou reais relativos a alterações da habilidade funcional e estilo de vida”.

A DPOC é uma doença limitativa nos autocuidados e das atividades de vida diária da pessoa. Vários são os sintomas que a descrevem, embora a dispneia, seja o sintoma, que provoca a maior dificuldade para realizar as atividades de vida.

De acordo com a análise da realidade, visando a promoção da Saúde Respiratória, o ponto de partida para o trabalho de projeto orienta-se para as pessoas com DPOC.

O projeto é um plano de trabalho com carácter de proposta que consubstancia os elementos necessários para conseguir alcançar os objetivos desejáveis. Tem como missão prever, orientar, e preparar bem o caminho do que se vai fazer, para o seu posterior desenvolvimento (Serrano, 2008).

Assim, a metodologia do projeto é definida como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizam-te de um processo de transformação real”, ou seja, permite prever uma mudança (Nunes [et al.] 2010, p.3).

A construção deste projeto está consubstanciada numa série de etapas sustentadas na Metodologia de Projeto, que passam pelo Diagnóstico de Situação, Definição de objetivos, Planeamento, Avaliação e Divulgação dos Resultados. À luz destes pressupostos, este trabalho de projeto trata das primeiras 4 etapas, procura focar fundamentalmente o diagnóstico de situação, num projeto onde se desafia o papel ativo dos profissionais de Enfermagem de Reabilitação.

O diagnóstico de situação para elaboração do Trabalho Projeto, centrou-se nas pessoas com DPOC seguidas no *projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio*, numa unidade de cuidados na comunidade. Para a deteção de necessidades foi aplicada a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados.

A necessidade patente de cuidados especializados, em enfermagem de Saúde Respiratória no Centro de saúde/domicílio a pessoas com DPOC, despertou para a hipótese da implementação de um programa de Reabilitação Respiratória. Perspetiva-se com este programa contribuir para a promoção da Saúde Respiratória, com ganhos na relação custo/ benefício, reforçar o suporte familiar para incentivar e maximizar as habilidades do cuidar, aumentando deste modo o acesso aos cuidados de enfermagem com qualidade.

Após este percurso, e o reconhecimento da DPOC como um problema de saúde pública a nível global, regional e local, proporcionou reuniões de reflexão e análise de situação com a Coordenadora da UCC, o Enfermeiro de Reabilitação da Equipa da UCC Ponte da Barca. Nestes momentos de avaliação concluiu-se, a

pertinência da implementação de um programa de reabilitação respiratória, que dê resposta às reais necessidades dos utentes desta UCC.

Realça-se, ainda, o facto de que o rastreio da doença crónica respiratória que está em curso, no concelho de Ponte da Barca, ser indicador de necessidade de uma intervenção precoce por uma equipa especializada em cuidados respiratórios, onde o papel do enfermeiro de reabilitação se revela fundamental.

Tendo em conta as evidências encontradas após pesquisa bibliográfica, surgiu a necessidade de refletir de que forma a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, no centro saúde/domicílio, influencia a qualidade de vida da pessoa com DPOC, para desempenharem os autocuidados e atividades de vida diária com autonomia.

O presente trabalho de projeto tem como ponto de partida, a questão de investigação a que os investigadores se propuseram responder: *de que forma a DPOC afeta a pessoa no seu quotidiano, focando os autocuidados/atividades de vida diária?*

A organização deste Trabalho de Projeto compreende dois capítulos. No primeiro referente ao enquadramento teórico abordamos a DPOC, com reflexão sobre os contributos do enfermeiro de reabilitação para a promoção da saúde respiratória. O segundo capítulo enquadra a metodologia do projeto percorrendo o diagnóstico de situação, objetivos, plano de ação e por último fizemos a proposta para avaliação do projeto e finalizamos com a conclusão sobre o trabalho realizado, as limitações e sugestões para o futuro.

A investigação científica é reconhecida pela profissão de enfermagem como uma estratégia que permite alargar conhecimentos essenciais à sua prática, sendo através desta que os enfermeiros adquirem competências que lhes permitem tomar decisões adequadas e fundamentadas cientificamente para obter uma melhoria dos cuidados prestados.

**CAPÍTULO 1 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA, MODELOS
E REABILITAÇÃO PULMONAR**

1 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é considerada a 5ª causa de morte em Portugal (ONDR, 2009). No mundo, é considerada a 4ª causa de morte (ONDR, 2009) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que venha a ser em 2020 a 3ª causa de morte. Torna-se, pois, necessária a promoção de um esforço internacional unificado para inverter esta tendência em que os Enfermeiros de Reabilitação tem um papel importante a desempenhar.

Trata-se de uma doença crónica, possível de ser prevenida e tratada, com uma progressão lenta, raramente reversível e que se caracteriza por uma obstrução persistente ao fluxo de ar, normalmente relacionado com a exposição ao fumo do tabaco, que pode conduzir a insuficiência respiratória (GOLD, 2013).

Enquanto entidade patológica, consiste numa alteração estrutural permanente das vias aéreas / parênquima pulmonar (GOLD, 2013) e é subdividida em Bronquite Crónica e Enfisema Pulmonar (Bethlem, 2002). As exacerbações da doença, e as co-morbilidades contribuem para o aumento da gravidade da mesma (GOLD, 2013).

É uma das principais causas de mortalidade e de morbilidade crónica com a OMS a estimar que cerca de 65 milhões de pessoas possuem DPOC num estado moderado a severo, prevendo-se que o número de mortes devido a esta doença aumente em 30 % nos próximos dez anos e que represente a terceira principal causa de morte em 2030, e resulta num peso económico e social que é substancial crescente. Em Portugal a prevalência das doenças respiratórias determina como principal causa de procura de cuidados médicos, absentismo e/ou incapacidade temporária com extremo impacto na qualidade de vida da pessoa, por outro lado provoca um elevado custo económico para o sistema de saúde português (ONDR, 2009).

A DPOC é uma doença dispendiosa efetivamente, um estudo levado a cabo no nosso país, no qual foram determinados os custos da DPOC no Hospital de Santa Marta, constatou que o custo médio anual de um doente com DOPC foi de 3 676€ em 2006. O mesmo estudo determinou o custo destes doentes de acordo com o estadio da doença, verificando-se que os custos totais anuais foram de 1 971€ em doentes GOLD 1, 3 235€ nos GOLD 2, 3 986€ nos GOLD 3 e 8 224€ nos GOLD

4 (Reis, 2008). Estes dados demonstram que o custo da doença aumentam substancialmente com o aumento da gravidade da mesma, o que reflete a necessidade de diagnosticar e controlar a doença mais precocemente.

Para além das elevadas taxas de mortalidade, esta patologia surge, também, como uma das principais causas de morbilidade crónica e de diminuição da qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. A DPOC acarreta ainda com frequência, uma incapacidade funcional de grau moderado ou grave (GOLD, 2013).

Traduzindo a gravidade das situações que motivaram o internamento por DPOC a mortalidade foi elevada, com um pico de 9,7% em 2005 e um vale de 7,4% em 2011, e um agravamento (8,0%) em 2012 (ONDR, 2013).

Entre 2001 e 2010, no Alto Minho, a taxa bruta de mortalidade por DPOC tem uma evolução crescente para todas as idades (de 30,8/100000 habitantes para 35/100000 habitantes) e decrescente para os <65 anos (de 2,7/100000 habitantes para 1,5/100000 habitantes) (Plano Local Saúde 2014-2016, p. 15).

Dos óbitos ocorridos no concelho de Ponte da Barca, destacam-se como principais causas de morte doenças do aparelho circulatório (38%), por tumores malignos (15%), e doenças do aparelho respiratório (7,9%), (INE, 2011).

No que diz respeito à morbilidade hospitalar, em 2008, na região Norte e em ambos os sexos, a pneumonia foi a principal causa específica de internamento hospitalar, seguida da doença cerebrovascular, da doença isquémica cardíaca e da doença pulmonar obstrutiva crónica (PRSN, 2014-2016, p. 30).

No que diz respeito à morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em 2012, para todas as idades e por sexo, as causas de doença mais registadas são as perturbações depressivas contudo as doenças do aparelho respiratório (bronquite crónica e doença pulmonar obstrutiva crónica) têm, no seu conjunto, um peso elevado (PRSN, 2014-2016, p. 30)

No que concerne à carga de morbilidade, quantificada através de anos vividos com incapacidade (YLD), é de realçar que, (5,06%) das causas foram atribuídas a doenças respiratórias. Conforme referido as principais doenças respiratórias responsáveis por 3,99% dos DALY são a DPOC (2,26%), seguida pela asma (1,61%) e numa expressão mínima pela patologia do interstício (0,12%). A mortalidade global por doenças respiratórias tem vindo a aumentar de forma

consistente nos últimos 20 anos, constituindo a terceira principal causa de morte (DGS, 2014).

Em 2016 prevê-se no Alto Minho uma taxa de AVPP por DPOC de 11,1 AVPP/100000 habitantes (Plano Local Saúde 2014-2016, p.14).

A doença respiratória crónica está fortemente relacionada com inalação de gases e partículas com, uma atenção especial para o consumo de tabaco. A exposição prolongada ao fumo do tabaco é o principal fator de risco para desenvolver a doença, mas há outros fatores a ter em conta, nomeadamente a inalação de fumo doméstico, desencadeado por fogões a lenha, lareiras e fumeiros típicos desta região, pelo que é importante uma intervenção do Enfermeiro de Reabilitação no domicílio da pessoa com DPOC.

Consequentemente o tabaco provoca mortalidade prematura, em 2004, cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas no grupo etário dos 45 aos 59 anos foi provocada pelo consumo de tabaco, A maior mortalidade atribuível ao tabaco foi observada nos homens dos 45 aos 59 anos, sendo aproximadamente de 8 em cada 10 mortes por DPOC (DGS, 2013).

A nível mundial, segundo estimativas da OMS, para o ano de 2004, foram atribuíveis 42% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) associadas ao consumo de tabaco na população adulta com mais de 30 anos (DGS 2013). O risco de desenvolver DPOC em fumadores suscetíveis é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos por dia, tendo ainda maior peso o efeito cumulativo ao longo dos anos (carga tabágica) (DGS, 2009).

Em Portugal, as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, ao contrário do que acontece com outras patologias, nomeadamente as cardiovasculares. As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos (PNDR 2012-2016).

Os dados existentes em Portugal sobre prevalência da DPOC apontam, que seja de 14,2% em indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos (Direção-Geral de Saúde, 2012). Existirão pois cerca de 800.000 portugueses com essa doença,

faltando caracterizar a proporção de doentes segundo os estádios e o grau de incapacidade que causam (ONDR, 2013).

A bronquite crónica, ou a presença de tosse e expetoração durante pelo menos 3 meses em cada 2 anos consecutivos surge como um termo clínico e epidemiológico. Reconhece-se que a presença de tosse persistente e a produção de expetoração (bronquite crónica) podem preceder ou acompanhar o desenvolvimento da limitação do fluxo de ar (GOLD, 2013).

Existe evidência, de que o historial clínico e o exame clínico do doente isoladamente, não são suficientes para identificar limitações de fluxos e volumes de ar na respiração. Para além disso, existem indivíduos com obstrução do fluxo de ar, que não referem qualquer tipo de sintomatologia, existindo também indivíduos que, embora tenham os sintomas referidos, não têm diagnóstico da DPOC (GOLD, 2013). Assim, compreende-se a necessidade da realização de uma espirometria, para a obtenção de um diagnóstico da DPOC o mais precocemente possível (DGS, 2012).

Ainda, no âmbito do diagnóstico da DPOC, é importante enfatizar que esta patologia tem características semelhantes a outras doenças respiratórias, dificultando o diagnóstico diferencial. Contudo, existem determinados fatores que as distinguem, a DPOC inicia-se na idade adulta, apresenta sintomas diurnos exacerbados pelo exercício e associa-se ao consumo de tabaco, enquanto a asma surge na infância, apresenta sintomas matinais e noturnos e não está diretamente associada ao consumo de tabaco (Cardoso [et al.] 2008). Outro facto que as distingue é o facto de a broncoconstrição na asma se reverter com a inalação de broncodilatadores, ao contrário do que acontece com a DPOC. Todavia, quando o paciente com asma crónica e/ou grave apresenta hábitos tabágicos, a diferenciação entre a DPOC e a asma não é clara, podendo mesmo o paciente sofrer das duas patologias (Cardoso [et al.] 2008).

O diagnóstico da DPOC é realizado através de um exame complementar de diagnóstico denominado espirometria. Este estudo funcional respiratório permite medir volumes e débitos aéreos. Segundo orientações da Direção-Geral da Saúde (2013), o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica é feito na presença de sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expetoração, dispneia, cansaço com atividade física e pieira); exposição a fatores de risco (tabaco, poeiras

e gases inalados); obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações espirométricas (relação FEV1/FVC inferior a 70% após broncodilatação) que confirmam o diagnóstico da DPOC. A Direção-Geral da Saúde estabelece que a espirometria é absolutamente obrigatória para a concretização do diagnóstico da DPOC (DGS, 2014).

O Volume Expiratório Máximo no primeiro Segundo (VEMS ou FEV1), que avalia o volume e o tempo, a Capacidade Vital Forçada (CFV) e a relação percentual entre ambos (VEMS/CFV %), ou seja, o “Índice de Tiffeneau” é um indicador de obstrução ventilatória (DGS, 2007). A classificação da gravidade da obstrução é baseada no resultado da espirometria, sendo este um exame que permite inferir o estado de saúde do doente, a utilização de recursos de saúde, o risco de exacerbações e o prognóstico da doença. A iniciativa GOLD, 2013, classifica a gravidade da obstrução na DPOC através de estadios. Os resultados obtidos com a espirometria permitem definir quatro estadios de evolução da doença, Estadio I – DPOC ligeira, $FEV1 \geq 80\%$; Estadio II – moderada, $50\% \leq FEV1 < 80\%$; Estadio III – grave, $30\% \leq FEV1 < 50\%$ e Estadio IV – muito grave $FEV1 < 30\%$.

As exacerbações e comorbilidades existentes contribuem para uma maior gravidade da doença (National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions, 2010). É frequente a ocorrência de exacerbações nos doentes com DPOC, que surgem como uma alteração no curso normal da doença, caracterizada por uma alteração da linha de base da dispneia, tosse e/ou expetoração, diferente do habitual para o doente e que requer uma intervenção, que passa pelo ajuste da terapêutica habitual e/ou necessidade de medicação suplementar. Cerca de metade das exacerbações da doença têm etiologia infecciosa (DGS, 2011). O internamento é muitas vezes uma inevitabilidade, geralmente associa-se a um agravamento funcional do doente (Carneiro, [et al.] 2010).

As exacerbações da DPOC estão associadas ao agravamento da doença, ao declínio acelerado da função respiratória e ao aumento da mortalidade. O controlo e tratamento desta afeção permitem, não só a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias, como a maior racionalização dos elevados custos envolvidos (DGS, 2013). Estas exacerbações da DPOC estão associadas ao aumento da mortalidade e a um agravamento da doença (DGS, 2011).

No relatório de atividades (2012) elaborado no âmbito do projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio, na UCC Ponte da Barca, é referido que acompanharam 18 utentes com DPOC e destes 44% agudizaram, com consequente internamento hospitalar.

O número de internamentos de doentes com DPOC em Portugal tem vindo a sofrer uma redução nos últimos anos, os dados mais recentes indicam que a DPOC afeta cerca de 14% da população portuguesa, e está na origem, anualmente, de 8.000 internamentos, de uma mortalidade de 3.000 doentes e uma despesa de saúde, em custos diretos e indiretos extremamente relevantes. No período de 2002 a 2011, verificou-se uma diminuição de 23,5% dos internamentos por DPOC, sendo este decréscimo semelhante em doentes de ambos os sexos e nos diferentes grupos etários, com exceção dos doentes com idade igual ou superior a 80, nos quais se verificou um aumento de 9,6%. A par disto, a taxa de mortalidade também sofreu uma redução, que variou de 9,7% em 2005, para 7,4% em 2011 (ONDR, 2012).

Ao consultar-se o Plano Nacional de Saúde de 2012 até 2016, pode verificar-se as previsões dos internamentos devido a DPOC apontam para a passagem de 29,4% internamentos por cada 100.000 habitantes abaixo dos 70 anos, em 2009, para 24,8% em 2016, apesar da meta apontada como desejável pelos responsáveis pela Saúde se situar em 17,9%.

Em 2008 a DPOC foi a 4ª causa específica de internamento na ULSAM, com uma taxa de 170,7/100000 habitantes (Plano Local Saúde 2014-2016, p.15).

Uma elevada taxa de segundos episódios de internamento hospitalar associados à DPOC, de 26% em 2013, também poderá refletir uma deficiente integração entre cuidados de saúde primários e hospitalares (DGS, 2014).

Esta patologia tem uma sintomatologia característica, tosse, expetoração crónica incluindo a presença de dispneia, mas com a progressão da doença desenvolvem-se manifestações extra-pulmonares, que tornam a DPOC altamente incapacitante (GOLD, 2010).

A DPOC coloca o paciente num círculo vicioso, com a progressão da doença, os sintomas de dispneia levam a que o paciente evite mobilizar-se, reduzindo a sua atividade física, que por sua vez aumenta ainda mais a dispneia. A imobilidade, por sua vez, leva a uma redução nas relações sociais, que poderá associar-se à

depressão, e a depressão irá diminuir ainda mais a mobilidade (GOLD, 2009). A dispneia é um sintoma por vezes difícil de caracterizar e objetivar.

No seu conceito traduz-se pela consciência da necessidade de um esforço respiratório aumentando (Carneiro, 2003). Sendo sem dúvida, um sintoma marcante da DPOC, razão pela qual a maioria dos pacientes procura atendimento médico e a maior causa da ansiedade associada com a doença. Pacientes com DPOC tipicamente descrevem a dispneia como um esforço grande para respirar, sensação de peso, fome de ar ou estar ofegante. A falta de ar na DPOC é caracteristicamente persistente e progressiva (GOLD, 2006).

No aparelho respiratório é fundamental uma boa permeabilidade das vias aéreas, para uma respiração eficaz e saudável. A limpeza das vias aéreas é feita através do sistema mucociliar, que com recurso a medidas específicas e gerais, facilitam a eliminação de secreções. Existem vários tipos de técnicas de tossir, que são importantes para que ocorra uma respiração eficaz e eliminação das secreções com o intuito de diminuir o número de exacerbações.

A nível dos Cuidados de Saúde Primários, o número de utentes ativos com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica é muito baixo, podendo ser responsável por eventuais internamentos evitáveis, caso a acessibilidade ao diagnóstico e tratamento precoces se torne melhor. Também, a baixa percentagem de diagnósticos da DPOC baseados na realização de uma espirometria, aponta para uma fraca adesão às Normas de Orientação Clínica, muito provavelmente decorrente da ausência de acessibilidade à espirometria nos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2014).

O diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento adequado são imprescindíveis a uma abordagem correta pois permitem a melhoria dos sintomas, a diminuição das exacerbações e o atraso no declínio da função pulmonar.

A terapêutica farmacológica é usada para prevenir e controlar os sintomas da pessoa com DPOC, reduz a frequência e gravidade das exacerbações, melhorando a qualidade de vida. As intervenções não farmacológicas compreendem a reabilitação pulmonar, a oxigenoterapia e as intervenções cirúrgicas (GOLD, 2009). A VNI na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é ponderada (DGS, 2013).

A reabilitação pulmonar ou reabilitação respiratória (RR) tem como objetivo principal reduzir os sintomas da DPOC, aumentar a qualidade de vida, aumentar a participação nas atividades diárias, reduzir os custos de saúde e otimizar a funcionalidade (DGS, 2009).

Os resultados obtidos no estudo realizado por Soares (2012) revelam a importância da RR na maximização da qualidade de vida da pessoa com DPOC e na promoção da sua autonomia na realização das atividades de vida, sendo esta reconhecida como uma medida terapêutica obrigatória neste tipo de doentes, proporcionando ao paciente a maximização e manutenção da independência funcional. A reabilitação pulmonar complementa o tratamento farmacológico e deve incluir, no mínimo, as componentes de treino ao esforço, de aconselhamento nutricional e da educação do paciente (DGS, 2009).

O tratamento farmacológico da DPOC, efetua-se em doentes sintomáticos, de acordo com os grupos de gravidade definidas pelos sintomas, exacerbações e grau de obstrução, sendo a 1ª escolha recomendada: Grupo A: broncodilatadores inalatórios de curta duração de ação, agonistas adrenérgicos β_2 (SABA) ou anticolinérgicos (SAMA), em monoterapia, em SOS; Grupo B: broncodilatadores inalatórios de longa duração de ação, agonistas adrenérgicos β_2 (LABA) ou anticolinérgicos (LAMA), em monoterapia; Grupo C: associação de corticosteroides inalados (ICS) mais LABA ou LAMA; Grupo D: associação de ICS mais LABA e/ou LAMA (DGS, 2013). A via inalatória constitui o método preferencial para administração de terapêutica no tratamento de doenças respiratórias (DGS, 2013).

A administração de oxigénio de longa duração (> 15 horas por dias) a doentes com insuficiência respiratória crónica demonstrou aumentar sobrevida em pacientes com hipoxemia grave. A combinação de ventilação não-invasiva com o oxigénio de longa duração, pode ser benéfica, em pacientes, particularmente com hipercapnia pronunciada durante o dia. Contudo pode melhorar a sobrevida, mas não melhora a qualidade de vida. Há benefícios claros da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) sobre a sobrevivência e diminuição do risco de internamento (GOLD, 2015).

A vacina polissacarídica pneumocócica é recomendado para pacientes com DPOC com 65 anos ou mais, e tem sido demonstrado que reduz a pneumonia

adquirida na comunidade em menores de 65 anos de idade. A Vacina contra a gripe pode reduzir doenças graves e morte em pacientes com DPOC (GOLD, 2015).

O excesso de peso ou baixo peso podem ser um problema. Cerca de 25% dos doentes com Estádio II a Estádio IV mostram uma redução no índice de massa corporal e massa magra. A redução do índice de massa corporal é um fator de risco independente para a mortalidade em doentes com DPOC (GOLD, 2010).

Podemos afirmar que esta patologia se encontra dentro das doenças extremamente incapacitante, o seu tratamento revela-se de extrema importância, de modo a contribuir para a recuperação da autonomia nos autocuidados e atividades de vida da pessoa com DPOC. A recuperação implica que o tratamento deva ser o mais precoce possível com a aplicação de um programa de Reabilitação Respiratória.

2 - Reabilitação Respiratória

A Reabilitação Respiratória é uma componente importante do tratamento e dos cuidados de manutenção das pessoas com patologia respiratória nomeadamente a DPOC. Um Programa de Reabilitação trará benefícios as pessoas portadoras da DPOC, devendo, pois ser considerado efetivo como tratamento coadjuvante.

Segundo a DGS (CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009, p. 1) “A Reabilitação Respiratória é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença”. A DGS, recomenda no tratamento das pessoas com DPOC, o recurso a esta medida não farmacológica.

No estudo de Soares (2012), verificou-se que a pessoa com oxigenoterapia de longa duração teve um aumento dos valores de saturação de oxigénio no final de cada sessão de RR. Ao longo do período de intervenção, nomeadamente a partir do primeiro mês, os participantes iniciavam as sessões com valores superiores aos que detinham anteriormente, o que reflete que os efeitos dos cuidados de

enfermagem de reabilitação respiratória, não só melhora a «performance» no momento, mas que a mesma se mantém para além das sessões.

Segundo Cordeiro [et al.] (2012), citando Heitor (1998), a Reabilitação Respiratória é definida como a terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento e, como tal, vai atuar principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tentar melhorar a ventilação alveolar. Além disso, a Reabilitação Respiratória aumenta a capacidade funcional para o exercício, reduz o número de hospitalizações e reduz o custo com o tratamento (Fernandes, 2009).

A Reabilitação Respiratória consiste num conjunto de procedimentos terapêuticos que tem como objetivo ensinar a pessoa a respirar de forma adequada, utilizando para tal o padrão respiratório diafragmático com menor esforço da musculatura acessória da respiração, recrutada progressivamente à medida que a pessoa experimenta crescente dificuldade para respirar, desencadeando o comprometimento do intercambio gasoso e fadiga muscular (Heitor [et al.] 1988).

A Reabilitação Respiratória, contempla uma série de exercícios ventilatórios e sistêmicos e que visam a melhoria da compliance ventilatória e da capacidade funcional da pessoa com DPOC (DGS, 2009). Os seus principais objetivos são: a prevenção e correção das alterações do esqueleto e dos músculos; a redução da tensão psíquica e muscular; a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; a melhoria da «performance» dos músculos respiratórios e a reeducação no esforço (Costa, 1997).

Deste modo, a RR destina-se a melhorar as alterações fitopatológicas decorrentes de desequilíbrios da relação ventilação/perfusão que levam a alterações das trocas gasosas. As técnicas utilizadas baseiam-se na associação do controlo da respiração com o posicionamento e o movimento (Canteiro [et al.] 2003).

Na utilização desta terapia, é importante que o ensino e o treino sejam orientados de acordo com o indivíduo e a sua situação clínica. A RR está indicada em utentes com alteração da caixa torácica (traumatismos torácicos, fraturas de costelas, deformação da coluna e parede); utentes com patologias da pleura (pneumotórax, derrames pleurais); utentes com patologias bronco-pulmonares (DPOC, bronquiectasias, pneumonias, etc.); utentes com patologia cardíaca;

utentes submetidos a cirurgia (torácica, cardíaca, abdominal, etc.) (Cruz [et al.] 1997).

A Direção-Geral da Saúde (CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009), alerta para as seguintes contraindicações da Reabilitação Respiratória: Doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave; Comorbilidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada; Hipoxemia induzida pelo esforço refratária à administração de oxigénio; Impossibilidade de praticar exercício, por exemplo, por doença reumatismal ou neurológica.

Conforme referido o diagnóstico precoce da DPOC e o seu tratamento adequado são essenciais a uma abordagem correta. Estes dois fatores permitem uma melhoria dos sintomas, a diminuição das exacerbações, o atraso do declínio da função pulmonar, não devendo existir, ou reduzindo ao mínimo, as ações acessórias da terapêutica utilizada (DGS, 2011).

Os benefícios podem ser mantidos mesmo após um único Programa de Reabilitação. O comprimento mínimo de um Programa de Reabilitação eficaz, é de 6 semanas. Quanto mais tempo o programa durar, mais eficaz será o resultado. O benefício não diminui após um Programa de Reabilitação terminar, se os exercícios forem mantidos no domicílio o estado de saúde da pessoa com DPOC permanece acima dos níveis anteriores à Reabilitação (GOLD, 2015).

Todos os utentes que apresentem dispneia em pequenas caminhadas em piso sem inclinação aparentam ter benefícios com a Reabilitação Respiratória e o exercício físico de manutenção, visto que aumentam a sua tolerância ao esforço, melhoram a qualidade de vida e reduzem os sintomas de dispneia e fadiga. Consequentemente conseguem uma maior participação nas atividades diárias com melhorias a nível físico e emocional (GOLD, 2011). A Reabilitação Respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata (DGS, CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009,).

São candidatos a um Programa de Reabilitação Respiratória todos os doentes dos grupos B, C, D em particular: os doentes com obstruções graves e muito graves ($FEV1 < 50\%$); os doentes com obstruções ligeiras e moderadas ($FEV1 \geq 50\%$) com limitação da capacidade de exercício; os doentes com internamento por exacerbação (DGS, 2011), e deve ser dirigida, essencialmente, a

utentes com sintomas incapacitantes, motivados e potencialmente aderentes ao programa (DGS, CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009).

Por sua vez, o National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) recomenda que a Reabilitação Respiratória seja disponibilizada a todos os utentes com DPOC que tiveram internamento hospitalar recente por exacerbação da doença. A readmissão hospitalar diminui consideravelmente quando o utente inicia Reabilitação Respiratória ainda durante o internamento por agudização ou imediatamente após a alta, em serviços de ambulatório com programas supervisionados durante 6 semanas a 6 meses.

A reabilitação respiratória efetuada no domicílio/ambulatório, por profissionais de saúde especializados e creditados, onde o enfermeiro de reabilitação se constitui como elemento fundamental, é hoje considerada uma abordagem terapêutica fundamental, materializando o conceito daquilo que são os verdadeiros Cuidados Respiratórios.

O Observatório Nacional Doenças Respiratórias faz recomendações relacionadas com as estruturas e serviços de saúde que ajudariam a melhorar a saúde respiratória, como a criação de uma Rede de Cuidados Respiratórios e de uma Rede de Reabilitação Respiratória. A pretensão com esta rede será eliminar burocracias indesejáveis, garantir a qualidade dos serviços a um preço adequado, permitir a livre concorrência e dar ao doente a capacidade de escolher o Serviço que considera servir melhor os seus interesses.

A Rede de Reabilitação Respiratória seria essencial para aumentar a escassa oferta que existe no país e que cobre apenas 0,1% dos doentes. A recomendação é para o aproveitamento de serviços que existem em alguns hospitais e nos cuidados primários, e que estão subaproveitados, porque a, Reabilitação Respiratória é essencial para melhorar a qualidade de vida dos doentes insuficientes respiratórios crónicos e tem impacto favorável na evolução da doença (ONDR, 2013).

O Programa de Reabilitação Respiratória deve abranger múltiplas componentes, com intervenções multidisciplinares, ajustadas às necessidades de cada utente. O National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) recomenda que sejam tratados assuntos como o treino físico, educação sobre a doença, apoio psicológico e nutricional sempre que se justifique.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009), relativamente à componente educacional sugere que sejam abordados temas como: técnicas de reeducação funcional; técnicas de conservação de energia; dieta adequada e a incentivação à evicção tabágica.

Integrada num programa de tratamento individualizado, a Reabilitação Respiratória do utente com DPOC deve ser, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009), delineada para atenuar os sintomas, melhorar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde através da estabilização ou regressão das manifestações da doença. Resultando em ganhos, em qualidade de vida, e consequentemente ganhos em saúde, obtidos através do programa de reabilitação respiratória, adequado às necessidades de cada pessoa (Soares, 2012).

Recentemente, a DPOC tem sido descrita como uma doença com consequências sistémicas, que gera importantes limitações funcionais nestes doentes. Na prática, a limitação funcional pode ser definida como redução na capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD). Esta limitação progressiva na execução das atividades e a consequente restrição da sua participação social têm um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes com DPOC (Rabe, [et al.] 2007).

As técnicas de conservação de energia tem por finalidade aumentar a capacidade do individuo em realizar atividades de vida diária e ter uma vida funcional com independência, leva-lo a realizar atividades produtivas para a sociedade. A conservação de energia baseia-se em diminuir a sensação de dispneia (Tarantino, 2008).

A Direção-Geral da Saúde (CI, Nº: 40A/DSPCD, 2009) propõe algumas alterações simples na execução de tarefas que devem ser ensinadas ao utente e que podem contribuir significativamente para o controle da dispneia: realizar grande parte dos autocuidados (tomar banho, lavar os dentes, barbear-se, lavar a cara, pentear-se, calçar e descalçar sapatos, vestir e despir a parte de cima do corpo) sentado num banco; usar sapatos sem cordão; dividir o tempo para realização de tarefas diárias; subir escadas devagar e degrau a degrau; não ter pressa na realização de tarefas.

A DPCO, implica da pessoa uma (re)adaptação, onde é necessário a aprendizagem de estratégias de modo a reduzir o gasto energético durante a realização das atividades de vida diária (AVD's). As técnicas de conservação de energia são ferramentas que vêm sendo utilizadas nos Programas de Reabilitação pulmonar (...) elas procuram reduzir o gasto energético dos pacientes com DPOC durante a realização de suas AVD, diminuindo também a sensação de dispneia e aumentando a funcionalidade desses pacientes (VELLOSO, 2006).

O Enfermeiro de Reabilitação é um profissional de saúde com conhecimento técnico e científico, que lhe conferem as competências necessárias para ajudar a pessoa portadora da DPOC a alcançar uma melhor qualidade de vida.

2.1 – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

No que respeita ao âmbito da Enfermagem de Reabilitação, a história diz-nos que a Reabilitação surgiu em Portugal, por volta dos anos 50, pela necessidade de colmatar a lacuna presente no nosso país, no tratamento a pessoas com grandes incapacidades físicas. Desta forma surge, em 1965, o 1º curso de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Especialista é o enfermeiro com um saber aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 122/2011).

A intervenção de enfermagem de reabilitação tem como ponto fulcral quer programas educativos, quer programas de reabilitação respiratória. Esta intervenção tem como objetivos o adiamento da progressão da doença, visa a qualidade de vida, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a satisfação do utente o seu bem-estar e autocuidado, assim como o autocontrolo eficaz dos problemas de saúde (Magalhães, 2009).

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação é detentor de um vasto leque de conhecimentos e competências especializadas na área da Reabilitação, vocacionadas para a recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Que visa, através da sua intervenção, recuperar e habilitar toda a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico (Regulamento nº125/2011, 2011).

A Enfermagem de Reabilitação corresponde à prestação de cuidados altamente qualificados, centrados na pessoa, na família e na comunidade, contribuindo para a redução do número de internamentos de doentes crónicos.

O contributo que a Enfermagem de Reabilitação pode dar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e segundo a OE. (2010) é permitir à pessoa o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca excluir do seu contexto sociofamiliar.

A OE (2011), com o intuito de constituir um instrumento para a promoção e melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de Enfermagem de Reabilitação, define os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais.

Portanto, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Lei nº 125, 2011), é competência específica do mesmo: a) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

- Avaliando a funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.
- Concebendo planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.
- Implementando intervenções planeadas com o objetivo de otimizar ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.
- Avaliando os resultados das intervenções

implementadas b) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania – Elaborando e implementando programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. – Promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social c) Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa – Concebendo e implementando programas de treino motor e cardiorrespiratório. – Avaliando e reformulando programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

Os Enfermeiros de Reabilitação, pela natureza dos cuidados de Enfermagem, pelo seu trabalho de proximidade e pelas competências que possuem na abordagem da pessoa, das famílias e das diferentes comunidades, estão numa situação privilegiada para identificar necessidades e identificar as potencialidades de respostas que permitam uma melhor gestão entre os cuidados / serviços prestados e as expectativas dos utentes.

Por isso, os Enfermeiros de Reabilitação têm as condições necessárias para assumirem a responsabilidade de serem os interlocutores de primeira linha junto dos cidadãos e destes com o sistema de saúde.

A elaboração de Programas de Reabilitação a sua implementação e orientação das equipas na consecução dos mesmos, são da competência de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. No âmbito da sua intervenção, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº125/2011). Conforme publicado no Diário da República, 2.ª série –n.º 35 –18 de Fevereiro de 2011 e no regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, a Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

O Enfermeiro de Reabilitação deve constituir-se um líder efetivo na gestão dos cuidados, assumindo-se como moderador das dinâmicas de grupo. Embora seja a pedra basilar de uma equipa terapêutica, nem todas as atividades devem

recair sobre o mesmo. Este profissional deve sim assegurar-se de que todos os procedimentos necessários são efetuados de forma correta e adequada (Martins [et al.] (2010).

De acordo com Martins [et al.] (2010), a gestão de caso é um processo de gestão de cuidados que pretende evitar a fragmentação de cuidados e disponibilizar um serviço direcionado e coerente. O processo de gestão de cuidados, assenta na figura do gestor de caso, passa essencialmente pelo estabelecimento de prioridades e execução de cuidados de forma objetiva e sistematizada. O gestor de caso é o elemento que lidera o processo de tomada de decisões, no entanto, todas as resoluções devem ser tomadas no contexto de interação com a família ao longo de todo o processo terapêutico, bem como, com o envolvimento de outros membros da equipa.

Em todos os contextos da prática, é o gestor de caso que coordena o trabalho da equipa de cuidados (Hoeman, 2011), o papel do enfermeiro de reabilitação é fulcral pois, constitui um profissional de saúde que ajuda a pessoa a conseguir uma melhor qualidade de vida.

O objetivo da gestão de caso são os cuidados globais, centrados no doente, contínuos e prestados por uma equipa multidisciplinar (Hoeman, 2011). A Reabilitação abarca um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados, com o objetivo de ajudar toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência ou sequelas, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima (Regulamento nº 125/2011, 2011).

O modelo de gestão de caso é um processo sistémico de assistência ao utente/família a partir de um trabalho interdisciplinar, com vista a responder em momento oportuno, com qualidade, às necessidades e potencialidades do individuo, de modo a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados. Iniciado na admissão do utente, inclui a avaliação, implementação de planos de cuidados, coordenação e monitorização das opções de serviço, para que sejam alcançadas as respostas às necessidades de saúde individuais do utente, através da comunicação entre profissionais envolvidos na assistência e os recursos existentes dentro e fora da instituição de saúde (Martins [et al.] (2010).

Trata-se de um instrumento efetivo para lidar com a crescente complexidade, fragmentação e constrangimentos à prestação de cuidados de saúde, uma vez que assegura uma estrutura de planeamento.

3 - A Enfermagem de Reabilitação e os Modelos do Autocuidado e Atividades de Vida Diária

O autocuidado é a essência do trabalho conjunto de dois agentes - (pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados), para melhorarem a sua qualidade de vida, contribuindo assim para uma melhor satisfação no atendimento que usufruem por parte dos enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Estes Enfermeiros utilizam o contexto domiciliário como um fator facilitador na recuperação destas pessoas, como forma de um atendimento mais personalizado (OE, 2009).

Hoeman (2011) afirma que os problemas mais comuns da função respiratória estão relacionados com a limpeza ineficaz das vias aéreas, ventilação ineficaz ou alteração do padrão ventilatório que se traduz em dificuldade respiratória, tosse produtiva, intolerância ao exercício e às atividades de vida diária (AVD).

O Enfermeiro de Reabilitação é essencial para ensinar a pessoa, de maneira a que esta se torne capaz de realizar as suas atividades de forma autónoma. O sistema de enfermagem é fundamentado nas necessidades de autocuidado e nas competências da pessoa/cuidador informal para a execução do autocuidado, e atividades de vida diária.

Abordar a temática do autocuidado implica olhar, as conceções de Orem, nomeadamente em relação as teorias do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem. A teoria do défice de autocuidado é considerada por Orem (Tomey e Alligood, 2004) como uma teoria geral que é composta por três teorias relacionadas. Neste sentido, consideram os investigadores, relevante enquadrar a teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem, na prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC, uma vez que atende aos objetivos preconizados pelo projeto.

Esta teoria realça a importância do autocuidado como foco de atenção dos cuidados, através da capacitação da pessoa para a promoção do autocuidado nas AVD's, de forma a gerirem com eficácia e autonomia os seus processos de saúde-

doença. Sendo o autocuidado uma atividade executada pelo próprio, as alterações nos percursos de vida provocadas pela doença, interfere com a capacidade para se autocuidar, levando à dependência. A pessoa com DPOC, que se confronta com alterações fisiológicas, nomeadamente perda de capacidade para efetuar uma limpeza eficaz das vias aéreas, que apresenta uma diminuição da capacidade ventilatória e consequente ineficácia nas trocas gasosas, vai confrontar-se com um quadro de dispneia, fadiga e perda de capacidade de resistência ao esforço.

Esta teoria fundamentar-se no conceito do autocuidado, parte do princípio que toda a pessoa sem problemas de saúde possui capacidades para se autocuidar. Porém, quando perante o défice do autocuidado, ou seja, quando a pessoa apresenta incapacidades ou limitações para realizar o autocuidado (quer por motivo de doença, quer por falta de recursos ou fatores ambientais), requer ajuda, beneficiando assim da intervenção de enfermagem.

Assim, o enfermeiro providencia a ajuda necessária para a satisfação dos autocuidados da pessoa, focando-se na deteção das limitações e incapacidades, de forma a planear e implementar intervenções que auxiliem a pessoa a suprir essas limitações e a restabelecer o autocuidado, atendendo às suas necessidades. O enfermeiro visa, assim, promover a recuperação e/ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa para o autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Porém, destaca-se a Teoria do Déficit de Autocuidado a partir da qual compreende que, associada à incapacidade de exercer as atividades de autocuidado, emerge o conceito de cuidar dependente, definido por Orem (2001) como "... atividades que pessoas responsáveis aceitam executar para conhecer e colmatar a necessidade de autocuidado terapêutico de pessoas socialmente dependentes.", ou seja, perante pessoas que apresentam um défice no autocuidado, um cuidador assume a responsabilidade de responder às necessidades do dependente.

Destaca-se igualmente, associado ao conceito de cuidar dependente, a teoria dos sistemas de enfermagem, a partir da qual se constata que os sistemas são um conjunto de ações de planeamento/execução e avaliação que surgem como um meio para compensar as limitações no autocuidado e promover a independência, por consequência, no sistema totalmente compensatório a pessoa é totalmente substituída nas suas atividades de autocuidado, enquanto no sistema

parcialmente compensatório ocorre uma partilha de atividades, na medida em que, a pessoa executa as atividades que é capaz, cabendo ao cuidador compensar as suas limitações, mas como se subentende a partir do texto, o cuidador apenas compensa o que a pessoa não é capaz de concretizar por si só (Orem, 2001).

A autora evidencia o sistema de apoio e educação no qual a pessoa é capaz de realizar as atividades de autocuidado, mesmo que essa capacidade apenas possa ser concretizada no futuro, ou seja, a pessoa apresenta potencial de autonomia mas necessita de apoio de terceiros para regular o desenvolvimento do autocuidado através de intervenções como ensinar, instruir, treinar e motivar, sendo evidente que perante a ausência de potencial, também neste sistema, é imprescindível o cuidar dependente para substituir a pessoa até que ela possa executar as atividades de autocuidado por si. Neste sistema, a pessoa dependente constrói a sua independência ao adquirir a capacidade de executar as atividades de forma distinta da anterior (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado contempla o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas realizam deliberadamente sozinhas ou executada por terceiros para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A Teoria do Autocuidado integra a base para compreender as condições e as limitações da ação das pessoas que podem beneficiar com a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

O desígnio primordial da Teoria do Déficit de Autocuidado é que a necessidade de cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações da ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004). O déficit de autocuidado, apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Alligood, 2004).

Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estes podem ser definidos como os objetivos que devem ser alcançados através de ações de autocuidado realizadas pela pessoa ou por terceiros. (Tomey & Alligood, 2004).

Os requisitos universais têm as suas origens naquilo que é conhecido, está validado ou em processo de validação, sobre a integridade estrutural ou funcional humana em diversos estádios do ciclo vital, é análogo a todas as pessoas. Exemplos deste tipo de requisitos são: manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e comida; e a preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso (Tomey & Alligood, 2004).

Constitui-se um objetivo do Enfermeiro de Reabilitação assistir as pessoas com DPOC nas suas necessidades de autocuidado e proporcionar o retorno ao autocuidado independente. Sendo compreensível que ao longo do tempo, se verifique uma evolução do cuidado totalmente compensatório para parcialmente compensatório e para intervenções de suporte educativas.

O Enfermeiro de Reabilitação tem a função de ajudar a pessoa a adaptar-se à sua realidade, ajudando-a a ser autónoma o mais possível nos autocuidados e nas suas atividades de vida. Nas pessoas com DPOC, a sua autonomia fica limitada, uma vez que existe alguma dependência na realização das atividades de vida diária.

O Modelo de Vida de Roper, apresenta 12 atividades de vida. Uma dessas atividades é a respiração que influência diretamente todas as outras atividades de vida, uma vez que todas elas incluem movimento para poderem ser realizadas. A respiração estando alterada influencia diretamente a satisfação de outras necessidades, tais como, a mobilidade, o trabalho, a comunicação, o dormir. Por isso é compreensível que os doentes sofram de uma grande variedade de problemas uma vez que a falta de oxigénio altera as funções corporais.

A função específica da enfermagem é ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as atividades de vida (Tomey e Alligood, 2004).

A redução na mobilidade produzida pela dispneia, por exemplo, vai reduzir a atividade dos sistemas corporais e pode criar mal-estar e/ou dependência em muitos aspetos da vida diária, necessitando da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, no controlo da dispneia e consequente melhoria da capacidade funcional, no sentido de retroceder este ciclo vicioso.

O Enfermeiro de Reabilitação com as competências que tem para planear, implementar e avaliar, impede que, os problemas potenciais se tornem reais. A

autosatisfação do indivíduo é atingida, contando este, com a colaboração do Enfermeiro de Reabilitação para atingir o máximo de independência em cada atividade de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontra.

Das 12 atividades de vida, o Enfermeiro de Reabilitação faz uma apreciação em conjunto com o utente, definindo o que este pode ou não fazer em cada uma delas. Todas as atividades que não são realizadas com independência são tratadas como problemas, são definidas intervenções de enfermagem centradas na obtenção de independência do indivíduo nas atividades de vida, ou na aceitação da dependência (Tomey e Alligood, 2004).

4 - A Organização dos Cuidados de Saúde Primários

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e foi-se concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças.

Os Cuidados de Saúde Primários, conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata organizada pela OMS e pela UNICEF, constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram. (Ministério da Saúde, 2012).

Os Cuidados de Saúde Primários visam proteger e melhorar o estado de saúde das pessoas, famílias e comunidade, promovendo comportamentos e atitudes saudáveis, procurando evitar que adoeçam, desenvolvendo estratégias de prevenção primária e secundária, diagnosticando as doenças o mais precoce possível para que haja cura e não resultem sequelas. (Ministério da Saúde, 2012).

O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários, e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. Refere explicitamente que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde (Pisco, 2007).

Em Janeiro de 2006, a MCSP publica as Linhas de ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, e estabeleceu como grandes objetivos para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários a obtenção de mais e

melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, os Agrupamentos de Centros de Saúde são constituídos por várias unidades funcionais que pretendem garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários aos cidadãos de determinada área geográfica.

Assim, a reformulação dos CSP favorece as funções e atividades de vigilância e investigação epidemiológica, de prevenção da doença, de defesa, proteção e promoção da saúde, bem como a contínua avaliação do impacto dos programas de saúde, no sentido de melhorar o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

Nesta reformulação, organizaram-se os cuidados de saúde em unidades funcionais que atuam em articulação, com base nos propósitos de cada unidade, partilhando alguns recursos e, acima de tudo, atuando tendo como base as necessidades identificadas na população da sua área de abrangência.

Foi nesta linha de pensamento que foram reestruturados os centros de saúde, ao abrigo do Decreto-Lei nº.28/2008 de 22 de Fevereiro, a principal reformulação da presente reestruturação dos CSP consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde, que se constituem em serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, organizando-se em várias unidades funcionais, que abrangem um ou mais centros de saúde incumbidos de garantir uma prestação de CSP à população de determinada região.

Destacam-se as Unidades de Cuidados na Comunidade, cabendo a estas a prestação de cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário que requeira acompanhamento próximo, e atuando ainda na educação para a saúde. Assim parte substancial da atividade da Unidade de Cuidados na Comunidade é concretizada na comunidade que serve, com especial relevância nos grupos que apresentam vulnerabilidade, o que vem suportar a implementação deste projeto

futuramente, através de uma Unidade de Cuidados na Comunidade mais propriamente na UCC de Ponte da Barca.

De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, em cada Centro de Saúde componente de um ACES funciona, pelo menos uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ou serviços desta. As Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC), disponibilizam cuidados de saúde, apoio psicológico e social a nível domiciliário e comunitário, comportando enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogo, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros.

A Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., foi criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, tendo integrado o Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo. Esta nova Unidade, abrange a totalidade do distrito: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, com uma área territorial de 2.213 Km² e uma população residente estimada de 251.676 (INE – Ano 2007), dos quais 13,4% têm menos de 14 anos e 20,8% têm mais de 65 anos e uma densidade populacional de 113 hab./Km².

O Centro de Saúde de Ponte da Barca integra o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Minho. Possui duas Unidades Funcionais, a Unidade Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados na Comunidade e partilha com a ULSAM,EPE nomeadamente o Serviço de Nutrição, o Serviço Social que inclui um Gabinete do Utente, o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, o Serviço de Psicologia, e a Unidade de Serviços de Apoio Geral (USAG). Com o ACES partilha a Unidade de Saúde Pública (USP).

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, artº 11º como “ Unidade de Cuidados na Comunidade, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A intervenção da UCC é norteada para a implementação dos Programas Nacionais de Saúde da Direção-Geral da Saúde, do Plano Nacional de Saúde, nos diferentes settings: escolas, locais de trabalho, prisões, universidades, locais de lazer, amas, infantários, lares, domicílios, comunidades de risco, entre outros. Com inclusão de equipas específicas, é através da UCC que o ACES participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a Equipa Coordenadora Local.

As atividades da UCC desenvolvem-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do ACES ou da unidade local de saúde. A UCC assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de elevada proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde estão inseridas, com um horário das 08:00 às 20:00 durante a semana e das 09:00 às 17:00 ao fim de semana e feriados.

Com cada um dos programas/projetos propostos, a UCC pretende a melhoria da qualidade de vida da comunidade, dando-lhe competência para que possam gerir os seus projetos de saúde.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA DO PROJETO

1 – Concetualização

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009). A Metodologia de Projeto utilizada serve como estrutura de base para a concretização deste trabalho projeto. A referida metodologia é constituída por um conjunto de técnicas e procedimentos que orientaram o caminho a seguir ao longo do projeto, com uma previsão para a sua finalização.

A fase metodológica, tem como propósito transmitir, com precisão, o processo utilizado pelos investigadores para dar resposta ao problema em estudo, funcionando como uma linha orientadora de toda a investigação. A metodologia de projeto desempenha um papel essencial no desenvolvimento de qualquer projeto, uma vez que todos os resultados estão condicionados pelo processo (Serrano, 2008).

Um projeto é constituído por um plano de trabalho organizado para um estudo que tem como finalidade, a resolução de um problema num contexto, Baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado, na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Nunes [et al.] 2010).

Como caraterísticas fundamentais da metodologia de trabalho de projeto consideram-se a atividade intencional, a qual prevê a formulação de um objetivo e a variedade de atividades para chegar ao produto final, respondendo ao objetivo inicial com reflexão sobre o trabalho realizado (Nunes [et al.] 2010).

As fases de metodologia de projeto são as cinco etapas definidas por Nunes [et al.] (2010, p. 2):

- 1ª Diagnóstico de situação;
- 2ª Definição dos objetivos;
- 3ª Planeamento;
- 4ª Execução e avaliação;
- 5ª Divulgação dos resultados.

De uma forma sucinta o diagnóstico de situação visa a identificação do problema, evolução deste, estabelecimento das causas e fatores de risco inerentes ao problema identificado e determinação das necessidades para se atingir o objetivo de resolução deste, recorrendo a instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas). Estes instrumentos permitem identificar e explorar todas as causas possíveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo.

Os objetivos indicam os resultados que se pretendem obter, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico e devem ser formulados tendo em conta o que se pretende atingir.

No planeamento é necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, e calendarização das atividades, através do cronograma. Este sendo flexível é um processo iterativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as atividades a desenvolver.

A execução operacionaliza as atividades que foram planeadas, tem como objetivo final satisfazer as necessidades identificadas, para que, se revolva ou minimize o problema. A avaliação, elemento fundamental de qualquer, programa, permite medir, confirmar através de instrumentos de avaliação se os objetivos foram alcançados.

Em síntese, as fases adotadas neste trabalho de projeto focam fundamentalmente o diagnóstico de situação, definição dos objetivos e planeamento. Propõem indicadores, que permitem futuramente a avaliação do projeto a implementar.

2 - Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elabora um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. A análise das necessidades da população e a utilização de recursos disponíveis perspectivam o desenvolvimento de estratégias e ações adequadas, assim como promovem o trabalho em equipa (Nunes [et al.] 2010).

A equipa traduz um recurso fundamental em todas as etapas da metodologia de projeto, cujo conjunto de conhecimentos e competências dos diferentes

elementos que a constitui, proporcionam uma distribuição apropriada de tarefas, garantindo o desenvolvimento eficaz do projeto.

O diagnóstico de situação é uma fase de vital importância para a elaboração de projetos: permite localizar os principais problemas, dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a resolução gradual. O objetivo do diagnóstico é o conhecimento da realidade, constituindo uma das ferramentas teóricas-metodológicas mais importantes para nos aproximarmos do objeto de estudo (Serrano,2008).

Um projeto parte de um diagnóstico de situação, a análise das necessidades da população deverá ser efetuada o mais rapidamente possível, com intuito de proporcionar uma atuação em tempo útil e possibilitar a implementação de medidas apropriadas para resolução do problema.

A elaboração deste Trabalho Projeto foi direcionada para a problemática da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, e o seu diagnóstico de situação específica as necessidades das pessoas com DPOC do concelho de Ponte da Barca.

2.1 - Contexto do Estudo

O concelho de Ponte da Barca situa-se no interior Norte de Portugal, na região do Minho, concretamente no distrito de Viana do Castelo, compreendendo uma área geográfica de 185 km², distribuída por 25 freguesias. Segundo os Censos 2011 a população residente em Ponte da Barca era de 12061 habitantes, da população referida 46,4% são do sexo masculino, contrastando com os 53,6% do sexo feminino. A densidade populacional era de 70,6 habitantes/km² em 2001, e de 65,3 habitantes/km² em 2011 (INE, 2011).

Pode verificar-se que no Diagnóstico Social de Ponte da Barca de 2013, que o perfil etário do concelho manifesta um decréscimo de indivíduos das camadas mais jovens e um acréscimo das faixas etárias acima dos 65 anos, especialmente em relação ao sexo feminino e a idades de 85 ou mais anos. Isto é congruente com o agravamento do Índice de Dependência de Idosos que passou de 32,8% para 37,1% em dezembro de 2012, mantendo-se muito acima da média nacional (27,8% e 29,1% respetivamente).

A população de inscritos no Centro de Saúde de Ponte da Barca é 13.198 utentes, correspondendo a 47,64% do sexo masculino e 52,36% do sexo feminino,

de acordo com os dados do SINUS, já que abrange pessoas que não residem na área geográfica do concelho mas em áreas vizinhas. De acordo com o INE, em 2012, o número médio de habitantes por pessoal dos serviços de saúde era de 241, sendo de 1004,2 por médico e de 634,2 por enfermeiro (inclui serviços públicos e privados).

O Centro de Saúde de Ponte da Barca integra o ACES do Alto Minho, sendo constituído por duas unidades funcionais: a USF Terra da Nóbrega, e a Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca. As duas unidades trabalham em estreita articulação servindo a mesma população-alvo, tendo os mesmos objetivos, apesar de recorrerem a diferentes estratégias de intervenção junto da população. Estas unidades dispõem ainda de recursos partilhados com a ULSAM.

A UCC possui como Carteira de Serviços: Intervenção Precoce, Equipa de Cuidados Continuados Integrado, Saúde Escolar, Saúde Reprodutiva - “Preparação para a Parentalidade”, Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas - “Prevenção e Controlo de Problemas Ligados ao Álcool”, Comportamento e Estilos de Vida Saudáveis - “Combate à Obesidade e ao Sedentarismo – Projeto de Intervenção Obesidade Infantil”, Saúde do Idoso - “Saúde do Idoso Frágil”, Doença pulmonar obstrutiva crónica – cuidados domiciliários respiratórios, entre outros projetos.

A equipa multiprofissional constitui-se por nove enfermeiros três são generalistas e seis enfermeiros são especialistas, incluindo a coordenadora da equipa, um assistente técnico, uma médica, uma assistente social, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma nutricionista. A equipa é composta por profissionais afetos com horário semanal de 35 horas ou 40 horas, outros profissionais integram a UCC de Ponte da Barca a tempo parcial, pertencente a outras unidades funcionais ou serviços da ULSAM,EPE.

A UCC detém na equipa um Enfermeiro Especialista em Reabilitação, desempenha as suas funções como especialista de Reabilitação a tempo total, participa em vários projetos da UCC, tem a maior percentagem da carga horária na Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

A população definida para esta investigação foi constituída por indivíduos que têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um

saber pertinente (Fortin, 2009), ou seja, integraram este percurso, sendo elas as pessoas portadoras da DPOC.

Sendo assim, os investigadores consideraram como população alvo todas as pessoas diagnosticadas com DPOC, seguidas no *Projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio*, pela equipa de cuidados respiratórios na unidade de cuidados na comunidade da Ponte da Barca.

Neste sentido, os critérios de inclusão definidos para constituir a amostra deste estudo foram: utentes com diagnóstico da DPOC, com ventilação não invasiva, com oxigenoterapia e utentes que aceitaram participar no estudo. Considerou-se como critérios de exclusão para participar no estudo: utente com DPOC e demência associada, dependência grau III e IV na escala de Barthel.

2.2 – Problemática

Em 2009, as principais causas de internamentos evitáveis por cuidados de ambatório foram a diabetes, e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Entre 2003 e 2011 assistiu-se a uma diminuição progressiva dos internamentos por esta doença, traduzindo um melhor controlo da mesma. Todavia parece ter havido uma inversão dessa tendência em 2012, ano em que se verificam 8.967 internamentos (+ 10,9% do que em 2011) (ONDR, 2013).

A definição de prioridades assistenciais baseia-se nas necessidades em saúde particulares de cada Região de Saúde e no Plano Nacional de Saúde (PNS), devendo complementar as iniciativas da Direção Geral de Saúde e do Alto Comissariado da Saúde.

Em 2011, aquando da elaboração do “Plano Estratégico e de desenvolvimento da ULSAM 2011 – 2013”, foram hierarquizados os 19 problemas de saúde principais identificados tecnicamente na população do Alto Minho. Nesta hierarquização participaram os responsáveis da ULSAM (elementos do Conselho de Administração) e os coordenadores/diretores das unidades funcionais/serviços (quer dos Cuidados de Saúde Primários quer dos Hospitalares).

A hierarquização resultante dos principais problemas de saúde da população do Alto Minho em 2011 foi: 1º Doenças cerebrovasculares; 2º Doença isquémica do coração; 3º Tumor maligno de cólon e reto e 4º DPOC.

Ao nível local, ou seja, na Unidade Local Saúde Alto Minho a DPOC é um foco de atenção (PLS, 2014-2016), sendo de realçar a importância que lhe é atribuída tendo sido incluído no eixo de intervenção prioritária do Plano Estratégico e de desenvolvimento da ULSAM.

Um projeto constrói-se a partir de uma problemática identificada, considerada um problema de saúde pública a nível nacional e internacional, necessitando de uma estratégia concertada, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo.

Os cuidados de saúde primários são fundamentais, com o enfoque especial na capacidade de responder na resolução de problemas das comunidades, assim este é um projeto a implementar pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca.

É da responsabilidade de todos os que deverão constituir a Rede de Cuidados Respiratórios encontrar as formas de consciencializar a Sociedade para o peso das doenças respiratórias e para a necessidade de as prevenir. De facto apenas 3,2% da população sabe o significado da sigla DPOC (ONDR, 2013).

A capacidade de resposta em Reabilitação Respiratória é ainda insuficiente e está mal distribuída no país, pelo que a implementação da Reabilitação Respiratória a nível dos CSP será a evolução esperada (ONDR, 2013).

Este projeto irá contribuir para aumentar a resposta em Reabilitação Respiratória através de um programa de Reabilitação dirigido as pessoas com DPOC do concelho de Ponte da Barca.

2.3 - Instrumentos de Recolha de Dados

O diagnóstico processa-se recorrendo a instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas), mas também através da utilização de instrumentos como a (análise SWOT, a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Stream Analysis). Estes instrumentos permitem identificar e explorar todas as causas possíveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo (Nunes [et al.] 2010,).

Quando os investigadores selecionam o instrumento de recolha de dados devem procurar utilizar o que melhor se adapta para satisfazer os objetivos subjacentes ao estudo. De acordo com Fortin (2009, p.368) a escolha do método de recolha dos dados “depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.”

Para a recolha de dados optamos pela entrevista semiestruturada, por ser um instrumento que permite obter informação sobre as dificuldades/necessidades da capacidade para a realização das atividades de vida diária/autocuidados, percecionadas pelas pessoas com DPOC, necessária para a elaboração do diagnóstico de situação.

Há uma variedade de procedimentos para a elaboração do diagnóstico de situação e validação dos problemas que requerem resposta. Neste caso recorremos a entrevista semiestruturada.

A elaboração prévia de um guião da entrevista (Apêndice B) foi um aspeto significativo, que promoveu a fluidez da entrevista, aumentou a produção de dados úteis e promoveu o cumprimento da duração. O guião orientador apresenta as, questões pré-determinadas mas não mandatárias, que serviu para a refocalização durante a sessão.

Segundo Fortin (2009), o pré-teste faz a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor da entrevista de uma amostra reduzida da população.

O instrumentos de recolha de dados foi testado para saber quanto tempo demoraria o seu preenchimento, descobrir problemas apresentados pelo instrumento de recolha de dados, de modo a que no estudo real não encontrasse dificuldades em aplicar a entrevista. De forma a validar o instrumento de recolha de dados o investigador realizou o pré-teste no dia 17 de março de 2015, a uma pessoa com DPOC, não tendo sido preciso alterar o guião da entrevista.

Também, recorremos a análise SWOT. Este método é ostentado por um quadro subdividido em quadrantes compostos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. A análise SWOT proporciona a reflexão e a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados para a situação (Nunes [et al.] 2010, p.14).

2.4 - Procedimentos de Recolha de Dados

Segundo Fortin (2009 p. 181), “Qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética”, pelo que todo o investigador deve salvaguardar os princípios éticos de todos os participantes envolvidos na sua investigação.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tentámos através de instrumentos de gestão e colheita de dados fundamentar o problema identificado, tendo sempre em vista a dimensão ética e deontológica. É de referir que a aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi precedida de consentimento informado, no sentido de esclarecer as pessoas com DPOC, com informação sobre o autor, objetivo do estudo, assim como, a garantia de confidencialidade dos dados, possibilidade de desistir em qualquer altura e de conhecer os resultados obtidos, se assim o desejassem.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido assenta no princípio segundo o qual todas as pessoas têm o direito e a capacidade de decidir por elas próprias. O indivíduo tem o direito de decidir de participar ou não num estudo. O consentimento livre e esclarecido significa que o indivíduo obteve a informação fundamental e que compreendeu aquilo onde se envolve. Não pode ser utilizado nenhum meio de coerção para levar o sujeito a participar numa investigação e este pode cessar a sua participação em qualquer momento, sem que incorra em qualquer pena ou sanção (Fortin, 2009).

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade. Este princípio reporta-se à capacidade que o sujeito tem de decidir sobre a informação de natureza pessoal que ele tornará pública no âmbito da participação no estudo. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não puder ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador (Fortin, 2009). Deste modo, foram salvaguardados todos os princípios éticos inerentes à investigação.

Foi efetuado o pedido de autorização formal do estudo com parecer favorável da comissão de ética da ULSAM (Anexo 1).

Após autorização para a realização do estudo, todos os participantes foram previamente contactados e informados sobre a natureza e objetivos do estudo de investigação, salvaguardando sempre que todos os dados seriam tratados com

confidencialidade, sob a assinatura do termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice A).

Foi efetuada pesquisa na base de dados Excell, do *projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio*, para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão aos utentes inseridos na base. As pessoas selecionadas para constituir a amostra foram contactadas e convidadas telefonicamente para participar no estudo no período compreendido entre os meses de março e abril de 2015.

Neste estudo, foram identificados 43 pacientes elegíveis na base de dados da equipa do *projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio*. A seleção da amostra deste estudo foi de 19 potenciais participantes, 06 atenderam o contacto via telefone e aceitaram participar e constituíram a amostra do estudo.

Na entrevista semiestruturada, foi feita gravação áudio para o registo dos dados, uma vez que esta é uma reunião de duas pessoas ou de um grupo reduzido de pessoas para trocar informação e construir conjuntamente significados a respeito de um tema, experiências ou perceções (Sampieri [et al.] 2006).

Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Aqui foram definidas categorias, subcategorias e unidades de registo, que ordenaram a informação. Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à análise de conteúdo, segundo os princípios descritos por Sampieri [et al.] (2006).

Ao analisar os dados agregados em cada domínio, verificamos que do processo de categorização resultaram vários níveis hierárquicos, desde o dado unidade de registo básica, que expressa um valor único, objetivo e indecomponível, até ao domínio, constituído por focos abrangentes, passando pela categoria, subcategoria.

A análise de conteúdo compreende num conjunto de técnicas de análise das comunicações que procura obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009).

O processo de análise qualitativa dos dados proposta por Sampieri [et al.] (2006) consiste: na codificação, interpretação dos dados, descrição do contexto de estudo e a explicação de factos, acontecimentos e do fenómeno em estudo.

Os investigadores, ao utilizarem esta técnica, pretendem compreender o sentido linear da comunicação, bem como identificar o sentido da mensagem que se encontra em segundo plano (significados de natureza psicológica, sociológica, entre outros) (Bardin, 2009). A partir deste procedimento é possível uma compreensão mais aprofundada da interpretação da realidade do grupo em estudo (Silva, Gobbi & Simão, 2005).

Na colheita de dados, o processo essencial é que recebemos dados não estruturados, e somos nós que damos estrutura a eles (Sampieri [et al.] 2006). A análise de conteúdo deve seguir um conjunto de etapas sequenciais e metódicas do material de análise que inclui a sua organização, codificação, categorização e interpretação.

A primeira tarefa - Organização – procedeu-se à atribuição de um código a cada entrevista para facilitar a identificação de cada participante, mas de forma a garantir a confidencialidade e o seu anonimato.

Na segunda etapa – Codificação - o investigador releu de forma mais precisa todas as transcrições e iniciou a transformação dos dados em bruto de forma a atingir uma representação do seu conteúdo (Sampieri [et al.] (2006).

Na terceira etapa – Categorização - agrupou-se as unidades de significado em categorias. Existem diversos critérios de categorização, contudo atendendo ao domínio e objetivos do estudo, utilizou-se a análise semântica (categorização temática) em que os conteúdos são condensados em grupos similares (Sampieri [et al.] 2006).

Na última etapa – Interpretação - procuramos aprofundar o conhecimento da realidade das pessoas com DPOC.

Os dados recolhidos foram submetidos a técnica de análise de conteúdo que oferece a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações recolhida das entrevistas.

Definidas as categorias e subcategorias, procedemos à interpretação dos dados.

2.5 - Apresentação, Análise e Interpretação dos Resultados

A aplicação da entrevista semiestruturada teve como finalidade, conhecer a percepção das dificuldades/necessidades das pessoas com DPOC no concelho de Ponte da Barca. Para melhor percepção da realidade das pessoas com DPOC, o seu empenhamento e cooperação contribuíram para a identificação e argumentação das necessidades de intervenção, para alcançar o objetivo da etapa de diagnóstico deste projeto.

A amostra definitiva foi constituída por 06 participantes, 03 do género feminino e 03 do género masculino com idades compreendidas entre os 68 e os 82 anos, o tempo de diagnóstico inicial da DPOC varia desde três anos até quinze anos, duas pessoas eram ex-fumadoras e todas elas usam inaladores.

É de mencionar que 05 dos participantes fazem oxigenoterapia, 01 pessoa suspendeu oxigenoterapia, o mesmo acontece com a ventilação não invasiva. Dois dos entrevistados tiveram intervenção do Enfermeiro de Reabilitação da ECCI, os outros quatro tiveram intervenção da equipa do *projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio*.

Após a colheita de todos os dados com a realização das entrevistas, procede-se à análise e interpretação dos dados, através da técnica de análise de conteúdo, segundo o processo de análise qualitativa dos dados proposta por Sampieri [et al.] (2006).

Da análise de conteúdo das entrevistas, realizada ao nível das respostas dos participantes sobressaíram quatro áreas temáticas de acordo com os objetivos propostos no estudo.

Seguidamente serão apresentados e analisados os resultados obtidos, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. Os resultados qualitativos foram organizados sob a forma de áreas temáticas e por conseguinte, classificadas em categorias e subcategorias que permitem tratar de forma metódica os testemunhos das pessoas que foram entrevistadas (Anexo 2).

Os resultados deste estudo depois de devidamente refletidos, permitirão obter conclusões, que podem, apoiar a implementação de um Programa de Reabilitação Respiratória, de forma a melhorar os cuidados prestados.

Para a sua apresentação recorrer-se-á à tabela síntese que se segue.

Quadro Síntese nº 1 - Áreas Temáticas, Categorias e Sub-categorias		
Área Temática	Categoria	Subcategoria
Dificuldades e constrangimentos percebidos pelas Pessoas com DPOC	Capacidade física comprometida	
	Atividades de Vida Diária	Atividades básicas de Vida Diária
		Atividades Instrumentais de Vida Diária
	Capacidade respiratória comprometida	Dispneia
		Tosse e expectoração
	Condições Climáticas	
Necessidades das Pessoas com DPOC	Oxigenoterapia	
	Ventilação Não Invasiva	
	Apoio de terceiros	
Estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC	Gestão de energia na realização de atividades diárias	
	Restrição do espaço	
	Ajudas técnicas	Suportes de apoio
		Produtos de apoio
	Técnicas de Reabilitação Respiratória	
Recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades	Recursos humanos	Prestador informal de cuidados
		Profissionais de Saúde
	Recursos terapêuticos	Oxigenoterapia
		Fármacos
	Serviços de Saúde	
	Comunitários	

- Relativamente a área temática, **Dificuldades e constrangimentos percebidos pelas pessoas com DPOC**, sobressaíram quatro categorias: *Capacidade física comprometida*; *Atividades de Vida Diária*; *Capacidade respiratória comprometida*; *Condições Climáticas*.

Quatro entrevistados relataram que a sua *capacidade física* estava comprometida, resultante da DPOC que os afeta bastante:

"... as minhas forças são poucas" E1

“...quando me levanto fico muito cansada e não tenho força nenhuma” E2

“Perdi forças (...) falta-me a força nas pernas” E4

“Senti que estava mais esmorecido” E6

Esta influência, por sua vez, a diminuição da capacidade na realização das atividades de vida diária, quer básicas quer instrumentais. O estado funcional “atividade”, ou seja, a capacidade de realizar as atividades fundamentais relacionadas com a vida diária, tais como: arrumar-se, vestir-se, comer, tomar banho, deambular, fazer compras, ficam comprometidas pela DPOC.

Assim, se demonstra com as afirmações dos entrevistados:

“...preciso que me ajudam na minha higiene” E1

“Tomo banho de chuveiro e custa-me, não consigo esfregar tudo, lavo-me com o pano nas costas (...),mas canso-me(...)”E5,

“O que tenho dificuldade é fazer a cama, quero estender os lençóis e não posso, mas vou fazendo como posso” E5

“...a comida não faço” E1

“Já o estou a fazer, como é de pé vou fazendo mas também me custa.”E5

Os resultados encontrados no que se refere à capacidade respiratória comprometida, realçam a dispneia tal como mencionado por três participantes:

“Às vezes tenho falta de ar” E1

“Custa-me baixar (...)e fico sem ar” E4, “(...)tenho falta de ar” E4

“falta de ar ao subir e ao descer escadas” E5

Mas a tosse também é referida, como um fator perturbador:

“As vezes na cama tusso bastante...” E2

“Sim, e deito expetoração, nem me deixa dormir, é uma ronqueira no peito e no pescoço.”E5

As condições climáticas são consideradas como um constrangimento por dois dos participantes:

“(...)costumava ir ao cemitério, mas de inverno nunca mais fui.”E5

“(...) com a mudança do tempo sinto-me mais abafado, quando está o tempo mais limpo sinto-me melhor” E6

Na avaliação global podemos observar que um participante com DPOC foi obrigado a parar de trabalhar e que uma grande parte dos entrevistados considera que a doença os impede de fazer o que gostariam de fazer. A maioria dos participantes relatou que a doença os tornou fisicamente diminuídos e atualmente, consideram ter limitações em sair de casa. Estes resultados vão ao encontro da literatura sobre limitação funcional que pode ser definida como redução na capacidade de realizar atividades da vida diária. Esta limitação progressiva na execução das atividades e a consequente restrição da sua participação social têm um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes com DPOC (Rabe, [et al.] 2007).

Verificamos no estudo de Soares (2012) que após uma intervenção, onde foi aplicado um programa em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, concluiu que os participantes apresentaram uma evolução favorável com resultados altamente significativos em todas as dimensões – Sintomas, Atividades e Impacto Psicossocial e no seu Valor Total, que revelam melhoria significativa na sua qualidade de vida.

É de referir que os participantes consideram a doença respiratória como o seu maior problema ou causadora de muitos problemas sendo a diminuição da capacidade física uma das categorias em que os participantes consideraram estar mais afetados, associando esta limitação sobretudo ao padrão de dispneia, com impacto nas ABV, nomeadamente, na capacidade de deambular, vestir-se, comer e tomar banho, mas também, na realização das suas tarefas domésticas, tais como arrumar, fazer compras, ir às compras e, ainda, em se deslocar aos serviços públicos.

A dispneia representa o sintoma mais limitativo desta doença, refletindo o resultado da espiral negativa da DPOC resultante da interação entre dispneia, inatividade e descondicionamento físico, portanto quanto maior a dispneia, maior a limitação nas atividades de vida diária.

Garrod e colaboradores (2002) demonstraram que o principal motivo de inatividade nos doentes com DPOC é a complexidade na execução das atividades de vida diária como consequência da dispneia. Verificaram que, com exceção do componente doméstico, todos os domínios da Escala London Chest Activity of Daily

Living (LCADL) mostraram uma diminuição considerável da dispneia durante as atividades de vida diária depois da aplicação de um Programa de Reabilitação Respiratória.

Bestall e colaboradores (1999), mostraram que a capacidade para executar atividades de vida diária, diminuía com o aumento da dispneia. Noutra investigação, os mesmos autores, constataram que os doentes com DPOC apresentaram melhorias significativas nas atividades de vida diária após um Programa de Reabilitação Respiratória, o que sugere o sucesso dos mesmos.

Num estudo levado a cabo por Casado (2012), onde foram envolvidos 14 utentes com DPOC submetidos a um Programa de Reabilitação Respiratória no domicílio, verificaram-se alterações favoráveis com a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ao longo do Programa de Reabilitação Respiratória, tendo os utentes melhorado consideravelmente a saturação. No entanto, verificaram também que 2 meses após a intervenção estes valores decresceram novamente. Referem que a situação poderá dever-se ao facto de, uma vez concluída a intervenção, os utentes não terem mantido ou terem reduzido a frequência das técnicas ensinadas.

A sintomatologia da DPOC é influenciada por múltiplos fatores, por exemplo, a exposição a mudanças de temperatura como a mudança climática. Quando a habitação do doente possui uma temperatura muito baixa aumenta a probabilidade deste desenvolver um estado gripal. No estudo de Martins (2013), os resultados clínicos, nomeadamente a saturação, apresenta um ligeiro aumento de valor entre a primeira e a segunda avaliação, contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa, podendo este aspeto ser explicado pelo estudo ter sido desenvolvido no inverno, período do ano em que se verifica um aumento do número de exacerbações relativamente às restantes estações do ano.

A sintomatologia da doença e as consequentes limitações levam a que o próprio doente deixe de ter condições para se manter ativo. Quando sentados ou deitados, os participantes consideraram ser menos afetados pela falta de ar.

A maioria dos entrevistados admite que têm dificuldades em executar as atividades de vida diária e lhe provocam falta de ar, tais como, tomar banho, caminhar em terreno, subir um lanço de escadas ou subir ladeiras.

A dispneia é o principal sintoma da DPOC (GOLD, 2015), também, os participantes deste estudo, mencionam a dispneia como o problema respiratório

mais frequente, já que para 3 participantes, este sintoma está presente na maior parte dos dias.

- Na área temática, **Necessidades das Pessoas com DPOC**, emergiram três categorias:

Oxigenoterapia; Ventilação Não Invasiva; Apoio de terceiros.

Constatamos que quatro entrevistados relataram a necessidades de usar oxigénio;

“Faço O2 à noite” E2

“Uso O2” E5

“Só uso durante a noite” E6

Também, se verificou que os participantes tem necessidade de Ventilação não Invasiva,

“ (...) o Bipap” E3

“Uso (...) e Bipap” E5

“Também uso o Bipap” E6

A análise dos discursos permite, ainda, perceber que a doença tem impacto na autonomia necessitando estes de ajuda de terceiros:

“...andou a F. a preparar a terra, fez o comer, limpou a casa e foi embora” E1

Constatamos que os participantes tem prescritas medidas terapêuticas não-farmacológicas para a estabilização da DPOC. O recurso à oxigenoterapia é evidenciada neste estudo, e segundo a DGS (CN Nº 04/DGCG 2005), existe evidência científica de que a administração a longo prazo de oxigénio, mais de 15 horas por dia, a doentes com insuficiência respiratória crónica, lhes faz aumentar a sobrevida e no que se refere à VNI é ponderada nos doentes que, apesar de uma oxigenoterapia de longa duração, se verifique uma PaCO₂ entre 50 e 54 mmHg, com uma dessaturação noturna (SpO₂ < 88% durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O₂ a 2 L/min) ou mais que duas exacerbações agudas por ano acompanhadas de acidose respiratória (DGS, 2013). Também, são referidos benefícios claros da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) sobre a sobrevivência e diminuição do risco de internamento (GOLD, 2015).

O conjunto dos discursos das pessoas com DPOC permitiram compreender que metade dos participantes usam ventilação mecânica não invasiva, muito provavelmente devido a acidose respiratória em que é necessário o apoio da ventilação mecânica não invasiva para aumentar o PH e diminuir pressão parcial de CO₂. Esta opção terapêutica, embora com reconhecidos benefícios, deverá ser potenciada com a implementação de um programa de Reabilitação Respiratória à pessoa com DPOC, permitindo desta forma o controlo dos sintomas, com consequente recuperação da capacidade para a realização das atividades de vida, contribuindo para melhorar a sua qualidade de vida.

Estas pessoas necessitam de suporte de terceiros para determinadas necessidades diárias, como sejam as de higiene, refeições e relacionadas com a toma de medicação e adaptação dos ventiladores. Cabe às famílias estas tarefas, o que implica muitas vezes alterações marcadas das rotinas anteriores com consequências económicas e afetivas, que podem ser minoradas se estes doentes forem acompanhados por estruturas dedicadas ao seu problema de saúde (ONDR, 2011).

Com o avançar dos sintomas dá-se uma redução funcional ao nível físico, psicológico e social, aumentando assim a dependência do paciente de terceiros (GOLD, 2009).

- As **estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC** são particularmente orientadas para quatro tipos, tendo emergido as seguintes categorias:

Gestão de energia na realização de atividades diárias; Restrição do espaço; Ajudas técnicas; Técnicas de Reabilitação Respiratória.

O esforço físico despendido em algumas atividades, associado a um estado de saúde já fragilizado, agrava ainda mais a condição de saúde da pessoa com DPOC, pois as tarefas diárias tornam-se mais difíceis de realizar, pelo que a estratégia de quatro participantes passa pela gestão de energia para a realização das atividades de vida diárias:

“Sou eu que mando....”E1 “Mas eu conseguia fazer as coisas mas cansava-me” E1

“Trabalhava no campo e desde que tive esse problema não posso” E2

“A trabalhar tenho que parar, não posso fazer tudo seguido” E3

“(...)fui meter batatas (...)tive que parar, faltava-me o ar.” E4

“Quando me canso sento-me e ponho-me de bruços em cima da mesa”E5

Outra das estratégias utilizadas é o recurso a ajudas técnicas que, se não forem atendidas, poderão comprometer a realização dos autocuidados e atividades de vida diária, conforme se pode constatar através das afirmações dos participantes relativamente a suportes de apoio:

“...amarrar ao corrimão” E2

“ O que me vale e que me “(...)agarro ao ferro da parede.”E5

No que se refere aos produtos de apoio, salientam:

“Comprei uma calçadeira grande e agora calço bem e antes custava-me muito.”E5

“Vou as quartas-feiras a barca fazer compras, levo o carrinho de rodas. Não tenho dificuldades.” E6

É possível verificar, que a maioria dos participantes considera que tem de parar para descansar, necessitam de mais tempo para realizar tarefas como o trabalho de casa, lavar-se ou vestir-se. Todos relataram ter dificuldades ao subir um lanço de escadas, ao caminhar mais depressa, ao subir ladeiras, ao carregar pesos, ao tratar da horta ou em qualquer atividade que implicasse maior esforço físico.

O cansaço foi bastante referido, mas, este problema pode ser minimizados com o treino de técnicas de conservação de energia, que permitem às pessoas controlar este sintoma e, conseqüentemente, tornando-as mais capacitadas para o desenvolvimento das atividades quotidianas.

Todas as pessoas que apresentam dispneia em pequenas caminhadas em piso sem inclinação beneficiariam da Reabilitação Respiratória, visto que aumentaria a sua tolerância ao esforço, melhoraria a qualidade de vida e reduziria os sintomas de dispneia e fadiga. Conseqüentemente, conseguem uma maior participação nas atividades diária com melhorias a nível físico e emocional (GOLD, 2011). A Reabilitação Respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata (DGS, 2009). Também, Soares (2012) no estudo que

realizou concluiu que a Reabilitação Respiratória deu forte contributo na qualidade de vida das pessoas com DPOC e que foi reconhecida a importância e a eficácia dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no tratamento deste tipo de doentes.

A relação entre os sintomas da DPOC, em especial a dispneia, e a diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diária, profissionais, familiares e sociais é reconhecida, como referem Velloso e Jardim (2006), produzindo uma diminuição significativa na qualidade de vida.

A dispneia foi evidenciada por 3 participantes, este sintoma é, ainda, referenciado como muito importante no aumento de incapacidade para a realização das atividades de vida. O descondicionamento físico, resultante do sedentarismo, implica um maior gasto energético para cada atividade realizada, e desta forma, aumenta a falta de ar ou dispneia.

As técnicas de conservação de energia fizeram parte das estratégias utilizadas pelas pessoas com DPOC ainda que as tivessem adotado de uma forma natural, mas acreditamos que o enfermeiro especialista em reabilitação pode dar fortes contributos, para que estas técnicas sejam um recurso em todas as AVD e as pessoas com esta patologia possam reagir à dispneia de uma forma mais eficaz, com consequente aumento de independência.

De acordo com as necessidades, considerasse importante que as técnicas de conservação de energia sejam parte integrante do programa de Reabilitação Respiratória. Estas técnicas dão um forte contributo para aumentar a capacidade do individuo em realizar atividades de vida diária e ter uma vida funcional com independência, promovendo, ainda, a sua autonomia de modo a concretizar os seus projetos de vida, pois as técnicas de conservação de energia diminuem a sensação de dispneia (TARANTINO, 2008).

Através do estudo de Soares (2012) ficou demonstrado o impacto da fadiga nas atividades, tendo sido caracterizada como fator limitante no quotidiano dos doentes. Também, constatou que no grupo estudado após a intervenção, a evolução foi no sentido da diminuição da intensidade, sendo que no grupo controle se verificou uma estabilização ou um agravamento.

- Relativamente à **área temática, recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades**, emergiram quatro categorias:

Recursos Humanos; Recursos terapêuticos; Serviços de Saúde; Recursos Comunitários.

Três dos entrevistados relataram recorrer a profissionais nomeadamente o médico e nenhum participante mencionou que recorria ao Enfermeiro Reabilitação:

“...já foi ao doutor da Ponte da Barca especialista.”E1

“ O médico disse para ter muita cautela e não sair de casa” E2

“(...) falei com o médico” E4

Dois recorrem a pessoas significativas:

“ ...tenho uma pessoa, que eu pago, que me faz.” E1

“(...)a minha filha” E3

Os entrevistados reconhecem também a necessidade de utilização de medidas terapêuticas:

- *“(...) melhorei estava medicada”E1*
- *“(...) tomo a vacina” E3*
- *“(...) tomo xarope” E4,*
- *“Estou a tomar medicação”E6*

Os serviços de saúde são utilizados como recurso nomeadamente a urgência no caso de exacerbações agudas:

“Este ano já tive, fui a viana e levei duas ou três injeções na veia.” E1

“Fui uma vez ao hospital” E2

“Fui umas poucas de vezes, e nos outros anos fui muitas vezes (...)” E4

“Foi uma vez a ponte de lima apanhar vapores”E5,

“Foi uma vez ao hospital ponte de lima. “E6

Da análise das entrevistas, verifica-se que são seguidos em consultas de pneumologia dois dos participantes:

“...vou a consulta ainda este mês” E2

“Só ia a ponte de lima às consultas e marcava o exame de bufar no canudo”E5

Os recursos comunitários que se encontram perto do o local de residência, permitem um acesso mais facilitado:

“O que vale é que as compras são aqui perto.” [mercearia] E5

A Reabilitação Respiratória é de grande importância para melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença respiratória crónica e tem impacto favorável na evolução da doença. Atualmente, apontada como fazendo parte integrante da terapêutica dos doentes com DPOC contribuindo para uma redução do número de hospitalizações e dias de hospitalização, melhoria na gestão da doença, diminuição das exacerbações e outros custos diretos com a saúde.

Entretanto, utentes com DPOC que frequentaram um programa integral de educação no Canadá tiveram menos exacerbações e internamentos, e usaram menos recursos de assistência de saúde (GOLD, 2006).

Fica demonstrado que a Reabilitação Respiratória reduz significativamente o número de exacerbações, idas aos Serviços de Urgência e internamentos. Outros estudos apontam também para uma diminuição do risco de morte (ONDR 2011).

A maioria dos participantes neste estudo referem ter consulta de pneumologia, referem recorrer mensalmente a esta consulta de especialidade, embora não refiram procurar consultas de enfermagem.

No último ano, a generalidade dos participantes relataram ter várias crises, necessitando de recorrer à urgência como se pode verificar pela tabela síntese na categoria recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades. No estudo de Soares (2012), verificou-se a diminuição de recurso ao serviço de urgência e diminuição de internamentos, sendo de realçar que o período em que decorreu o programa de intervenção em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória, se situou em períodos considerados particularmente críticos para estas pessoas, o que traduz melhoria da qualidade de vida, mas também, redução de custos na saúde.

Ao serem ponderados os aspetos relacionados com as atividades instrumentais verifica-se que todos os indivíduos da amostra conseguiam, na sua maioria, realizá-los sem necessidade de ajuda. Ainda assim, ir às compras, é facilitado devido ao facto de a mercearia ficar perto do domicílio. É efetivo que a

diminuição da mobilidade piora o bem-estar e a autossuficiência e prejudica a capacidade de desempenho nas tarefas do dia-a-dia.

De uma forma global, os resultados possibilitam compreender o impacto da doença e como as dificuldades provocadas pela doença se refletem nas necessidades em cuidados de enfermagem, traduzindo a necessidade da Reabilitação Respiratória para promover a autonomia na realização das atividades de vida, sendo esta reconhecida como uma medida terapêutica obrigatória neste tipo de doentes.

Podemos assim concluir que o Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação da pessoa com DPOC, uma vez que este profissional de saúde tem intervenções fulcrais para a recuperação e o restabelecimento da qualidade de vida. Atendendo aos objetivos do processo de reabilitação, considera-se que os enfermeiros de reabilitação estão despertos para a necessidade da implementação de Programas de Reabilitação que, promovam a saúde respiratória.

Neste estudo a discussão dos resultados, inclui o confronto entre os dados apresentados anteriormente na análise de conteúdo e as referências teóricas e empíricas, de forma a dar resposta ao objetivo geral. O estudo procurou compreender como a DPOC afeta a pessoa no seu quotidiano, focando os autocuidados/atividades de vida diária assim como os objetivos específicos anteriormente pronunciados.

Estudos realizados por Soares (2012) e Casado (2012), evidenciaram como principais benefícios dos Programas de Reabilitação Respiratória, a melhoria na qualidade de vida, a melhoria na tolerância ao exercício, a redução da dispneia e outros sintomas associados ao aumento da capacidade para a realização de atividades de vida diária, aspetos problemáticos que foram identificados neste estudo.

A análise SWOT realizada permitiu analisar as dinâmicas interna e externas do projeto, conforme se pode observar no quadro que se segue.

Para esta análise recorreremos a diferentes documentos, nomeadamente, o Plano Estratégico da ULSAM, EPE, as Recomendações da DGS (2009), o Plano de Ação da UCC Ponte da Barca e os Relatórios do ONDR (2009, 2011, 2013).

Quadro nº 2 - Análise SWOT	
Dinâmicas internas	
Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> - Plano estratégico da ULSAM,EPE com área da DPOC identificada - Existência de um Programa de Reabilitação Respiratória - Existência de Recursos humanos especializados - Inovação regional - Disponibilidade em tempo dos profissionais especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de proximidades dos doentes com DPOC aos serviços especializados - Programa de Reabilitação Respiratória ainda por operacionalizar - Falta de alinhamento organizacional - Carência de procedimentos - Carência de protocolos articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados. - Falta de monitorização e acompanhamento das pessoas com DPOC no domicílio.
Dinâmicas externas	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Recomendações da DGS: Normas de Orientação Clínica - Estágios académicos - Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Burocracia na autorização da implementação do projeto - Baixa adesão da pessoa com DPOC ao programa de RR

Consideramos positivo a existência das orientações da DGS sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva, que fornece linhas orientadoras para sustentar a implementação de um programa de Reabilitação Respiratória. A garantia de cuidados especializados através do recurso existente, a disponibilidade de um enfermeiro especialista em Reabilitação da UCC, constitui

também, na nossa opinião, um fator positivo para a promoção da qualidade dos cuidados e para a redução de custos extraordinários.

Visto que no Plano estratégico da ULSAM,EPE, a DPOC é uma área problemática identificada, a elaboração do presente projeto nesta área traduz-se numa possível resposta de intervenção.

No entanto, outros fatores devem ser considerados face às necessidades detetadas para que a resposta seja eficiente. Por isso é necessário ter em conta, nomeadamente, a falta de monitorização e acompanhamento das pessoas com DPOC no domicílio, a falta de rentabilização de recursos, a dificuldade na acessibilidade dos utentes aos serviços especializados e inexistência de articulação entre os diferentes cuidados, Primários e Diferenciados. Estes fatores constituem uma ameaça ao preconizado pela DGS, relativamente à prioridade em promover a Saúde Respiratória.

O enfermeiro de reabilitação através de programas de reabilitação respiratória implementados de acordo com as reais necessidades de cada utente, deve promover a adesão a estas medidas terapêuticas e contribuir para a autonomia destas pessoas e consequente melhoria da sua qualidade de vida.

3 - Objetivos

Após a elaboração do diagnóstico de situação e eleito o problema sobre o qual é necessário intervir, é então necessário definir objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo.

A definição dos objetivos é um processo de gestão que se dirige a iniciar a ação e a avaliar o resultado. Para os problemas e necessidades de saúde identificados na população alvo, são definidos, objetivos a atingir. Este projeto pretende colmatar as necessidades de saúde da população, potenciando as sinergias possíveis entre os diversos recursos da comunidade e integrando as perspetivas de planeamento populacional e organizacional.

Serrano (2008) diz, que os objetivos são os propósitos que pretendemos alcançar com a execução de uma ação planificada e constituem o ponto central de referência, uma vez esclarecidas as necessidades às quais se pretende dar resposta.

Assim, não deve haver ações sem relação direta com objetivos específicos, nem objetivos específicos ou metas que não decorram explicitamente de objetivos gerais, nem objetivos gerais sem relação com as orientações ou finalidade e, como vimos, destas com os problemas (Capucha, 2008).

Desta forma e por tudo o que temos vindo a expor, delineámos como objetivo geral: Promover a saúde das pessoas portadoras da DPOC, através de um Programa de Reabilitação Respiratória.

Através da possibilidade das pessoas com DPOC, frequentarem um programa de reabilitação respiratória com o tratamento integral, vão poder melhorar a saúde respiratória, potenciar os ganhos em saúde e atenuar o sofrimento, sendo que para que isto aconteça é necessário o envolvimento de uma equipa especializada.

Como objetivos específicos, deste projeto serão delineados os seguintes e para a definição, foram utilizadas algumas das recomendações da GOLD (2013).

- Elaborar um plano de cuidados de Enfermagem Reabilitação;
- Reduzir a dispneia;
- Reduzir a frequência das exacerbações das pessoas portadoras da DPOC;
- Melhorar capacidade para o exercício;
- Reduzir o número de internamentos por descompensação da DPOC;
- Aumentar a autonomia no autocuidado;
- Reduzir sintomas psicológicos como a ansiedade;
- Aumentar a consciencialização sobre os malefícios do tabaco, e quais os tratamentos disponíveis.

Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação (Nunes [et al.] 2010, p.18).

De acordo com o referido anteriormente e para melhor compreensão do mapa de planeamento, faremos seguidamente uma descrição das atividades a desenvolver.

4 - Planeamento da Ação

Esta etapa da metodologia de projeto prevê o planeamento das atividades para a sua execução. É necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, calendarização das atividades, bem como o respetivo cronograma (Nunes [et al.] 2010, p.20).

De forma a dar resposta às necessidades identificadas das pessoas com DPOC, os investigadores optaram por elaborar um programa de Reabilitação Respiratória ajustado à tipologia de doentes, de acordo com as dificuldades/necessidades identificadas. O Programa de Reabilitação Respiratória será constituído por 12 sessões, operacionalizadas ao longo de 6 semanas, com uma frequência semanal de duas vezes por semana, tendo cada sessão uma duração aproximada de 60 minutos.

As sessões serão, preferencialmente, realizadas no domicílio, pois permite uma intervenção holística, em contexto real de cada pessoa. No entanto, também se prevê a realização de algumas sessões em sede de Centro de Saúde. Considera-se, para tal, a necessidade de existência de uma sala equipada com um conjunto de recursos materiais, necessárias para a implementação de Programa de Reabilitação, tais como: uma marquesa; espelho quadriculado; sacos de areia de diversos pesos; almofadas de várias dimensões; rolos de posicionamento; halteres de vários pesos; oxímetro portátil; Dinamap; Bicicleta estática e material de suporte escrito informativo de apoio às sessões. Todos estes materiais existem no serviço, logo não implicariam custos adicionais para o mesmo.

O registo da informação relativa às intervenções durante as sessões, será efetuado no processo individual dos utentes, em suporte informático. As intervenções de enfermagem planeadas, para dar resposta às necessidades em cuidados especializados, têm por base o processo de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), Versão Beta 2. Os princípios subjacentes à intervenção centrar-se-ão nos modelos teóricos da Dorotea Orem e da Nancy Roper.

Com este projeto pretende-se dar resposta às dificuldades/necessidades das pessoa com DPOC, no sentido de uma re(adaptação) à sua situação de doença, promovendo a máxima qualidade de vida, a autonomia e também, a redução de custos de saúde, através de cuidados de enfermagem de Reabilitação

Respiratória, em colaboração efetiva com restantes elementos da equipa, com a intenção de resolver problemas num contexto alargado e multidisciplinar relativo à Saúde Respiratória das pessoas de Ponte da Barca, perspetivando ganhos em saúde, com contributos para a melhoria na saúde geral da comunidade.

ATIVIDADE Nº1: “ MOVER PARA MELHOR RESPIRAR, ”

FUNDAMENTAÇÃO

A Reabilitação Respiratória é atualmente apontada como fazendo parte integrante da terapêutica dos doentes com DPOC de grau 2 a 4. Esta realidade é suportada por forte evidência, nomeadamente na diminuição dos sintomas, redução do número de hospitalizações e dias de hospitalização, diminuição das exacerbações e outros custos diretos com a saúde (ONDR, 2013).

Nas entrevistas individuais os doentes com DPOC verbalizaram a dispneia como principal sintoma, desconhecendo que através da Reabilitação Respiratória a sintomatologia é atenuada.

OBJETIVO GERAL

- Promover a otimização da ventilação das pessoas com DPOC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reduzir a tensão psíquica e muscular;
- Melhorar a capacidade de controlo da respiração;
- Mobilizar o diafragma;
- Reeducar as hemicúpulas;
- Melhorar o padrão ventilatório;
- Aumentar a expansão do tórax;
- Adotar posturas corretas;
- Aumentar a pressão transpulmonar e a capacidade residual melhorando áreas de colapso alveolar;

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:

- Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
- Individual: pessoas com dependência física.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Sessão integrada no Programa Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Treino da dissociação dos tempos respiratórios;
 - Exercícios de reeducação abdomino-diafragmática anterior e posterior;
 - Reeducação das hemicúpula diafragmática direita e esquerda;
 - Técnica de reexpansão costal global;
 - Abertura costal global sem bastão em frente ao espelho quadriculado;
 - Mobilização escapulo-umeral;
 - Expansão costal unilateral com faixa;
 - Espirometria de incentivo.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2016.

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicílio.

RECURSOS

- Marquesas;
- Espelhos quadriculados;
- Sacos de areia de diversos pesos;
- Almofadas de várias dimensões;
- Rolos de posicionamento;
- Halteres de vários pesos;
- oxímetro portátil;
- Dinamap;

- Bicicleta estática;

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Registo de valores Sat O₂, antes e após cada sessão.

INDICADORES

- Número de sessões previstas por atividade;
- Número de sessões em que participou;
- Percentagem de pessoas com saturação superior a 95% no final do programa.

ATIVIDADE N.º2: “ CONSERVAR ENERGIA, PARA FAZER MAIS NO DIA-A-DIA”

FUNDAMENTAÇÃO

As técnicas de conservação de energia tem por finalidade aumentar a capacidade do individuo em realizar atividades de vida diária e ter uma vida funcional com independência, leva-lo a realizar atividades produtivas para a sociedade. A conservação de energia baseia-se em diminuir a sensação de dispneia (TARANTINO, 2008).

A Direção-Geral da Saúde (2009) propõe algumas alterações simples na execução de tarefas que devem ser ensinadas ao utente e que podem contribuir significativamente para o controle da dispneia.

Através das entrevistas aplicadas às pessoas com DPOC, no diagnóstico de situação, verificou-se que as pessoas não possuem informação, nem treino sobre técnicas de gestão de energia, fornecida pelos profissionais de saúde, reagindo à dispneia com suas próprias estratégias.

OBJETIVO GERAL

- Promover o controlo da dispneia nas atividades de vida diária, das pessoas com DPOC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer as técnicas de conservação de energia nas atividades de vida diária;
- Treinar as técnicas de conservação de energia nas atividades de vida diária;

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:
 - Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
 - Individual: pessoas com dependência física.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre técnicas de conservação de energia;
- Sessões integradas no Programa de Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Uma sessão de Educação para Saúde sobre: importância da técnica de conservação de energia nas atividades de vida diária;
 - Sessão de aplicação das técnicas de conservação de energia nas atividades de vida diária, num total de duas sessões.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2016.

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicílio.

RECURSOS

- Material informático.
- Material para realização da sessão

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação, sobre técnicas treinadas em cada sessão;

INDICADORES

- Numero total de pessoas com DPOC que tiveram uma sessão de Educação para Saúde sobre: importância da técnica de conservação de energia nas atividades de vida diária;
- Numero total de pessoas com treino de técnicas de conservação de energia.

ATIVIDADE N.º3: “ APRENDER A INALAR”

FUNDAMENTAÇÃO

É fundamental ter em conta a libertação efetiva do fármaco e ao treino da técnica de inalação, sendo necessário assegurar se a pessoa tem conhecimento sobre a correta utilização do inalador de forma a evitar agudizações.

A utilização incorreta dos dispositivos simples de inalação e a não adesão à terapêutica tem uma influência francamente negativa na eficácia terapêutica dos fármacos inalados. De acordo com os resultados de vários estudos publicados, uma percentagem elevada de doentes usa incorretamente os dispositivos e cerca de 25 % dos doentes afirmam não receber instruções de utilização (DGS, 2013).

OBJETIVO GERAL

- Promover o uso correto dos dispositivos inalatórios das pessoas com DPOC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer as vantagens do uso correto dos dispositivos inalatórios;
- Treinar o uso correto dos dispositivos inalatórios.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre o uso correto do dispositivo inalatório;
- Sessões integradas no Programa de Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Uma sessão de Educação para Saúde sobre vantagens do uso correto do dispositivo inalatório;
 - Sessões práticas sobre o uso correto do dispositivo inalatório;

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:
 - Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
 - Individual: pessoas com dependência física.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2016.

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicilio.

RECURSOS

- Material informático
- Material para realização da sessão

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação com os tópicos demonstrados na sessão.

INDICADORES

- Numero total de pessoas com DPOC que tiveram uma sessão de Educação para Saúde sobre vantagens do uso correto do dispositivo inalatório;
- Percentagem de pessoas com DPOC que fazem corretamente a inalação.

ATIVIDADE Nº4: “ VACINAR, PARA NÃO GRIPAR”

FUNDAMENTAÇÃO

Na DPOC, crescem os benefícios da vacinação antigripal (redução da mortalidade – evidência A) e da vacinação antipneumocócica, esta com indicação a partir dos 65 anos ou em doentes com redução significativa do FEV1 ($FEV1 < 40\%$ do predito – evidência B) (DGS, 2008).

Todos os indivíduos com DPOC devem fazer, anualmente, vacina da gripe (Nível de evidência A, grau de recomendação I). A vacina pneumocócica é igualmente recomendada para doentes com DPOC (Nível de evidência B, grau de recomendação I) (DGS, 2013), todavia a adesão a esta vacina fica aquém do esperado, visto que das pessoas entrevistadas apenas/ou nenhuma estava vacinada.

OBJETIVO GERAL

- Aumentar a proteção nas pessoas com DPOC com a vacinação antigripal e antipneumocócica

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer a importância da vacinação;
- Adquirir a vacina antigripal e vacina antipneumocócica;

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessão sobre vacinação;
- Sessão integrada no Programa de Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Educação para saúde sobre Vacinação;
 - Ato de vacinar;

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:
 - Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
 - Individual: pessoas com dependência física.

INTERVENIENTES

- Enfermeiros de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2016.

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicílio.

RECURSOS

- Material para realização da sessão
- Vacinas

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Registo no Boletim de vacinas/SINUS;

INDICADOR

- Percentagem de pessoas com DPOC, que tem a vacina da gripe e vacina pneumocócica.

ATIVIDADE N.º 5: “ OBESIDADE, NÃO”

FUNDAMENTAÇÃO

O excesso de peso habitualmente acompanhado pelo aumento do perímetro abdominal, vai interferir com a capacidade de respirar e de fazer todos os movimentos necessários, o que tem influência pela negativa na realização das atividades de vida diária. Portanto, evitar o excesso de peso traz benefícios para uma boa respiração na pessoa com DPOC.

Segundo Dourado [et al.] (2009), a obesidade é um fator prejudicial nos casos de DPOC, perante isto sugere a diminuição de 500 kcal/dia em relação ao gasto energético total de peso.

OBJETIVO GERAL

- Prevenir a obesidade nas pessoas com DPOC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a importância de hábitos alimentares saudáveis no tratamento e controlo da doença.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre promoção de hábitos alimentares;
- Sessão integradas no Programa de Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Uma sessão de Educação para Saúde sobre alimentação saudável no doente com DPOC.

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:
 - Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
 - Individual: pessoas com dependência física.

INTERVENIENTES

- Nutricionista

- Enfermeiro de Reabilitação

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2016.

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicílio.

RECURSOS

- Material informático
- Material para realização da sessão

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Grelha de observação, com os tópicos demonstrados na sessão;
- Avaliação do índice de massa corporal.

INDICADOR

- Percentagem de pessoas com DPOC, que tem conhecimentos sobre os hábitos alimentares saudáveis;
- Percentagem pessoas com parâmetros de IMC < 30, avaliados 3 meses após termino do programa de RR.

ATIVIDADE N.º 6 “ CIGARRO, VAI E NÃO VOLTA”

FUNDAMENTAÇÃO

A doença respiratória crónica está fortemente relacionada a fatores poluentes de todos, uma atenção especial para o consumo de tabaco, não deve ser alheia uma atitude de promoção de hábitos saudáveis. A nível mundial, segundo estimativas da OMS, para o ano de 2004, foram atribuíveis 42% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) associadas ao consumo de tabaco na população adulta com mais de 30 anos (DGS, 2013).

Dos seis entrevistados doentes dois são ex-fumadores e outros dois mantêm exposição ao fumo do tabaco expostos ao fumo do tabaco.

OBJETIVO GERAL

- Promover estilos de vida saudáveis livres de tabaco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conhecer os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica;
- Identificar a necessidade da mudança;
- Aderir a cessação tabágica;
- Conhecer os fatores determinantes para os estilos de vida saudáveis;
- Adotar estilos de vida saudáveis.

ESTRATÉGIAS A UTILIZAR

- Planeamento de sessões sobre estilos de vida saudáveis livres de tabaco
- Sessões integradas no Programa de Reabilitação Respiratória que inclui:
 - Malefícios do tabaco e os benefícios da cessação tabágica;
 - Fatores determinantes para os estilos de vida saudáveis;

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com DPOC integradas no Programa de Reabilitação:
 - Grupo: pessoas com autonomia no deambular;
 - Individual: pessoas com dependência física.

INTERVENIENTES

- Enfermeiro de Reabilitação
- Psicóloga

CALENDARIZAÇÃO

- A programar em 2015

LOCAL

- Centro de Saúde de Ponte da Barca: Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Domicílio.

RECURSOS

- Material informático
- Material para realização da sessão

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

- Registo de presenças;
- Grelha de observação, com os tópicos demonstrados na sessão;

INDICADORES

- Percentagem de pessoas com DPOC, que tem conhecimentos sobre os benefícios da cessação tabágica;
- Nº de pessoas que cessaram;
- Nº de pessoas que deixaram de estar expostas ao fumo de tabaco.

5 - Proposta para Avaliação do Projeto

No regulamento nº 125/2011 definem-se as competências do Enfermeiro Especialista, que inclui a necessidade de se avaliar os resultados das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar ganhos em saúde aos seguintes níveis: pessoal, familiar e social.

O planeamento de um projeto implica a etapa da avaliação que tem por objetivo evidenciar e analisar a utilidade e os efeitos de uma intervenção sobre uma determinada problemática (Capucha, 2008).

Para que se possa avaliar de uma forma rigorosa e contínua é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação, com objetivo de se questionar o trabalho desenvolvido e fornecer os elementos necessários para intervir, no sentido de se melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia desejada de um projeto (Nunes [et al.] 2010).

Segundo (Capucha, 2008), no planeamento da etapa da avaliação de projetos deve estar implícito a avaliação de quatro dimensões: dos impactos, da realização, da operacionalização e da conceção da intervenção.

- Avaliação do Impacto do Projeto – comparar a situação inicial com a final, de modo a conhecer as mudanças provocadas após a aplicação do projeto;
- Avaliação da Realização – conhecer os resultados de execução das atividades implementadas de uma forma imediata;
- Avaliação da Operacionalização – apresentar a avaliação da eficiência, ou seja verifica a vertente da gestão, divulgação e organização do projeto;
- Avaliação da Conceção do projeto – avaliar o processo de construção do projeto, nas suas várias etapas.

A avaliação concretiza-se, normalmente, com base em indicadores. Os critérios de avaliação só ganham corpo desde que se traduzam em indicadores que permitam aferi-los. Um indicador é um instrumento de medida, e deste simples facto decorrem algumas consequências imediatas que por tão óbvias que são, por vezes ignoradas: a necessidade de identificar o objeto a medir e de descrever o processo de mensuração e a exigência de que o objeto a ser medido possa efetivamente ser alvo de mensuração, de modo direto ou indireto (Capucha, 2008).

A produção de indicadores da saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Reabilitação e para a qualidade dos cuidados por estes prestados (...) os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015). Pode verificar-se que o colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação na elaboração do score de indicadores, baseou-se em indicadores de estrutura, processo e resultado que vai ao encontro das dimensões de avaliação defendidas por Capucha.

5.1 - Avaliação do Programa de Reabilitação Respiratória

Uma avaliação do impacto pressupõe a existência de dados anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro. No caso concreto deste projeto, a avaliação irá incidir sobre os objetivos específicos definidos inicialmente no projeto e utilizar-se-á escalas de avaliação que se aplicarão aos grupo alvo no início e fim do programa de Reabilitação Respiratória. A direção-Geral da Saúde (2009), recomendadas as seguintes escalas, o Euro Qol, a MRCDQ, e LCADL.

O Euro Qol (Anexo 3) é composto por 5 dimensões que classificam “o seu estado de saúde hoje”: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões está dividida em 3 níveis: 1 - sem problemas, 2 - alguns problema e 3 - problemas extremos.

Na aplicação da escala MRCDQ (Anexo 4), que avalia a sensação de dispneia de uma forma global, a pessoa com DPOC escolhe o valor que mais de se aproxima da sua sensação de dispneia. Estes valores variam numa escala de 1 a 5. À medida que o valor se aproxima de 5 aumenta a dispneia relatada pelo utente.

A escala LCADL (Anexo 5) avalia o impacto da dispneia nas várias AVD's desempenhadas pela pessoa para assim monitorizar a limitação. Este questionário é constituído por 15 itens que estão divididos em 4 domínios: cuidado pessoal, cuidado doméstico, lazer e atividade física. A cada um dos itens é atribuída uma

pontuação de 0 a 5, em que valores mais elevados indicam maior limitação nas AVD's devido à dispneia.

Existindo a necessidade de elaborar e validar indicadores capazes de mensurarem a qualidade da assistência de Enfermagem de Reabilitação. Prevê-se uma avaliação contínua do projeto de acordo com os indicadores propostos.

De acordo com o grupo alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de processo:

- **Percentagem de utentes a quem foi aplicado o Programa de Reabilitação**

$$\frac{\text{Nº de utentes com Programa de Reabilitação}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com conhecimentos sobre autocontrolo do padrão respiratório**

$$\frac{\text{Nº de utentes com conhecimentos sobre autocontrolo do padrão respiratório}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com conhecimentos sobre técnica respiratória**

$$\frac{\text{Nº de utentes com conhecimentos sobre técnica respiratória}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com conhecimento sobre técnica de adaptação de conservação de energia**

$$\frac{\text{Nº de utentes com conhecimento sobre técnica de adaptação de conservação de energia}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

De acordo com o grupo alvo e os objetivos definidos propõem-se os seguintes indicadores de resultado:

- **Percentagem de utentes com ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular**

$$\frac{\text{Nº de utentes com ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com ganhos em conhecimentos sobre técnica de tosse**

$$\frac{\text{Nº de utentes com ganhos em conhecimentos sobre técnica de tosse}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com exacerbações**

$$\frac{\text{Nº de utentes com exacerbações}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de utentes com internamento por agudização da DPOC**

$$\frac{\text{Nº de utentes com internamento}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de pessoas com avaliação da qualidade de vida (avaliação escala Euro QoL)**

$$\frac{\text{Nº de utentes com avaliação da qualidade de vida}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de pessoas com redução da sensação de dispneia avaliação da qualidade de vida (avaliação escala MRCQ)**

$$\frac{\text{Nº de utentes com avaliação da sensação de dispneia}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

- **Percentagem de pessoas com redução de atividades que não as podem realizar por causa da sua falta de ar (avaliação escala LCADL)**

$$\frac{\text{Nº de utentes com redução de atividades por causa da sua falta de ar}}{\text{nº de utentes com DPOC identificados}} * 100$$

Consideramos que um projeto em saúde deve ser adequado para a população alvo, para que esta tenha verdadeiros ganhos em saúde por um tempo

ilimitado. Importante é que as verdadeiras necessidades sejam resolvidas, ou pelo menos que sejam minimizadas, para a real percepção existe a necessidade de proceder à respetiva avaliação do projeto, que através de indicadores permitem objetivar os ganhos em saúde.

CONCLUSÕES

Do ideal ao possível vai um percurso mais ou menos complexo, submetido ao grau de dificuldade imposto pela realidade. Os conhecimentos, as estratégias, a visão, o desempenho, podem convergir para a simplificação deste percurso, desde que sejam assumidos, na sua íntegra, em resposta aos vários desafios colocados à dimensão dos Cuidados Respiratórios.

A avaliação das necessidades da pessoa com DPOC, através da entrevista-semiestruturada, demonstrou ser relevante e estabelece a aproximação necessária para compreender a limitação da doença, no quotidiano.

A dispneia é uma problemática que, é sentida como uma preocupação por afetar, de forma negativa as atividades de vida diária da pessoa com DPOC. Estudos realizados apontam também nesse sentido. Neste estudo os participantes consideraram que é o sintoma mais limitativo desta doença e que causa maior grau de dependência.

Constata-se que a evolução da dispneia em pessoas com DPOC é devida a vários fatores apresentando relações com o grau de obstrução, estado nutricional, força muscular inspiratória, hiperinsuflação pulmonar, assim como fatores psicológicos. Refletindo o efeito da espiral negativa da DPOC, consequente da interação entre dispneia, inatividade e descondicionamento físico, pois quanto maior a dispneia, mais será a limitação nos autocuidados e atividades de vida diária.

Assim, permitiu concluir que a população do estudo estava sobretudo afetada ao nível da função respiratória e limitada em termos de atividades físicas, fundamentais, relacionadas com a vida diária, tais como arranjar-se, vestir-se, comer, tomar banho, deambular, fazer compras, estas capacidades funcionais ficam comprometidas pela DPOC, fornecendo assim claras orientações para o desenho de intervenções integradas.

Os resultados analisados permitem perceber que o Enfermeiro de Reabilitação não é procurado pelas pessoas com DPOC quando tem necessidades, provavelmente por não existir um projeto estruturado.

O défice nos autocuidados fica bem patente entre as pessoas com DPOC dependentes no domicílio, vendo-se muitas vezes limitadas na sua qualidade de

vida. A independência e autonomia destas pessoas diminuiu tornando-se um problema, recorrendo a uma terceira pessoa. Podemos afirmar que a importância da RR como uma das formas de tratamento deve ser instituída precocemente, no sentido de preservar a autonomia da pessoa.

Este estudo aponta para a necessidade de atuar, ao nível dos dois principais parâmetros limitadores nos autocuidados e nas atividades de vida diária, ou seja, a dispneia e a capacidade de tolerância ao exercício.

Face a esta realidade emergiu a necessidade de se adotar um programa de Reabilitação Respiratória, junto das pessoas com DPOC, que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem específicos e que transponham ganhos em saúde. São esses cuidados que poderão evitar agravamentos do percurso da doença, visíveis através de internamentos, do recurso aos serviços de urgência, de maior consumo de medicamentos, entre outros, com todas as complicações intrínsecas, particularmente perda de qualidade de vida e perda de autonomia, mas também, custos acrescentados na área da saúde.

Este Trabalho de Projeto permitiu planear, de forma sustentada e consistente, as respostas a dar às necessidades das pessoas com DPOC. O investigador pretende trabalhar no futuro como Enfermeiro de Reabilitação e espera conseguir concretizar com sucesso no futuro o que aqui foi delineado.

Por outro lado, permitiu conhecer e utilizar a metodologia de projeto, útil para a resolução de problemas, permitindo-nos usá-la no futuro.

Pretende-se que os resultados obtidos permitam a implementação deste projeto, por forma, a evidenciar-se o impacto na qualidade de vida e bem-estar na população de Ponte da Barca e em ganhos custo/benefício na saúde.

No entanto, consideramos que na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações e perspetivas futuras. O presente estudo apresenta algumas limitações que estão maioritariamente relacionadas com o tamanho e características da amostra.

Contudo, esta limitação é atenuada pela natureza inovadora do objetivo do estudo que permitiu explorar as dificuldades/necessidades nas atividades de vida diária das pessoas com DPOC, contribuindo assim para o avanço do conhecimento no domínio das necessidades das pessoas com DPOC.

Os próximos estudos neste âmbito deverão incluir amostras mais alargadas e representativas dos diferentes estadios da DPOC.

O Projeto “Reabilitação Respiratória a Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” pretende promover a saúde respiratória da pessoa com DPOC, no concelho de Ponte da Barca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. - **Análise de conteúdo** (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições 70, 2009.

BESTALL J, PAUL E, GARROD R, GARNHAM R, JONES P, WEDZICHA J. **Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease.** Thorax 1999.

BETHLEM, N. **Pneumologia**. 4 ed. Sao Paulo: Atheneu, 2002.

CANTEIRO, M.C. [et al.] - **Reeducação Funcional Respiratória Tratado de Pneumologia da Sociedade Portuguesa de pneumologia**. Vol.2. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003.

CARDOSO, J., MINEIRO, A., PIRES, L., BORBA, A., NAVESO, G., Guil, D. & EMILIANO, M. **Terapêutica na DPOC: 25 perguntas frequentes em Pneumologia**, [Em linha] (2008). [Consultado em 01 dezembro 2014]. Disponível na http://www.sppneumologia.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPP_200903231047_27_25_Perg_Dpoc.pdf

CARNEIRO, Licínio, - **Tratado de Pneumologia**. 1 Edição. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer. Portugal, 2003.

CARNEIRO, R., SOUSA, C., PINTO, A., ALMEIDA, F., OLIVEIRA, J. R., & ROCHA, N. - **Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica** – Estudo prospetivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. Revista Portuguesa de Pneumologia, XVI, pp. 759-777, Setembro/Outubro de 2010.

CORDEIRO, Maria do Carmo Oliveira e MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela - **Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012

CASADO, Sónia Alexandra Claro - Implementação de um programa de Enfermagem de Reabilitação domiciliária em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Bragança: Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação, 2012, Acedido Janeiro, 4, 2015, em <http://hdl.handle.net/10198/7700>

COSTA, Freitas, M. - **Pneumologia na Prática clínica: Síndrome de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Lisboa**, Vol.2, 3ª ed. Lisboa, 1997.

CRUZ A.G. [et al.] - **Manual de Sinais Vitais. Técnicas de Reabilitação II**. Coimbra: Formasau, 1997.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Reg. Nº 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. (6 de Junho de 2006). **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha] (2006). [Consultado em 01 dezembro 2014]. Disponível na [http:// www.acss.min-saude.pt](http://www.acss.min-saude.pt) › ... › Cuidados Continuados Integrados.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**, CN Nº 04/DGCG, 17/03/05Lisboa, 2005.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Circular informativa: Orientação Técnica sobre Diagnóstico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2007.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Orientação Técnica sobre Tratamento Farmacológico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**, 2008.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Circular Informativa Nº40A/DSPCD. Lisboa: DGS, 2009.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica – Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica**, 2009.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, Norma 028/2011 - **Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Lisboa, 2011.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Orientações Programáticas**, [Em linha]. (2012) [Consultado em 20 Maio. 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>. Consultado a 11 de janeiro de 2014.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar, Obstrutiva Crónica**. [Em linha]. (2013) [Consultado em 20 Maio. 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos** [Em linha]. (2013) [Consultado em 29 Maio. 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/portal.../pesquisar-publicacoes-228108-pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Utilização de Dispositivos Simples em Aerossolterapia**, [Em linha]. (2013) [Consultado em 20 Maio. 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal – **Prevenção e Controlo do Tabagismo em números**, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal, Doenças Respiratórias em números**, 2014.

DOURADO, V. Z.; ANTUNES, L. C. O.; TANNI, S. E.; GODOY, I. **Fatores associados à diferença clinicamente significativa da qualidade de vida relacionada à saúde após condicionamento físico em pacientes com DPOC**. J. Brás. Pneumol. São Paulo. Vol. 35, n. 9, p. 846-853, 2009.

FERNANDES, A. B. S. - **Reabilitação respiratória em DPOC a importância da abordagem fisioterapêutica**. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas, 1, 2009.

FORTIN, Marie-Fabienne- **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

HEITOR, Maria Clara [et al.] - **Reeducação funcional respiratória**, 2ª ed Lisboa: Boehringer Ingelheim, 1988.

GARROD R, PAUL EA, WEDZICHA JA. **An evaluation of the reliability and sensitivity of the London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL)**. Respir Med 2002.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE - **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease**, [Em linha]. (2009). [Consultado em 30 Nov. 2014] Disponível na: <http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2180>

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) - **Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD**, [Em linha] (2010). [Consultado em 10 dez. 2014]. Disponível na <http://www.goldcopd.org/.../guideline-2010-gold-report.ht>

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE - Global Strategy for the Diagnosis, **Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease**. [Em linha] (2011). [Consultado em 01 dez. 2014]. Disponível na http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD2011_Summary.pdf

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG - **Disease Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. [Em linha]. (2013). [consultado a 08 de janeiro de 2015]. Disponível na http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG – **Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management, and Prevention**. [Em linha]. (2015). [consultado a 08 de Abril de 2015]. Disponível na <http://www.goldcopd.org/guidelines-pocket-guide-to-copd-diagnos-2015>.

HOEMAN, S. P. - **Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. Loures 4ª Edição. Lusodidacta, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Censos. [Em linha]. (2011). [consultado a 19 de janeiro de 2015]. Disponível na http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**, Genebra, 2010.

MAGALHÃES, M. - **“O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica-DPOC: da evidência científica à mudança das práticas”**, Revista Investigação em enfermagem, Agosto, Sinais Vitais 20 (Agosto), 2009.

Martins, Ana Luísa Afonso Lima Peixoto - **A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA COM DPOC CONTRIBUTOS DA CINESITERAPIA RESPIRATÓRIA**, Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Dissertação de mestrado em Enfermagem de Reabilitação apresentada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, [Em linha]. (20013). [consultado a 14 de Março de 2015]. Disponível na <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1211>.

MARTINS, Maria do céu Antunes; FERNANDES, Pedro Francisco da Conceição - **O gestor de caso: aplicabilidade do conceito**, Castelo Branco, IPCB, ESALD, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, **Os Cuidados de Saúde Primários nas Unidades Locais de Saúde** [Em linha]. (2012). [consultado a 20 de fevereiro de 2015]. Disponível na http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/6-ulsecsp_2012.09.30.pdf)

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR ACUTE AND CHRONIC CONDITIONS - **Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care (partial update) This guideline partially updates and replaces NICE clinical guideline 12**. London: National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions, 2010.

NUNES. L.; RUIVO, M.A.; FERRITO,C., - **Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas**, Percursos, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**, Referencial do Enfermeiro, Lisboa, Conselho de Enfermagem da OE, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?** Revista da Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto – **Core de indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**, 2015.

OREM, **Nursing Concepts of Practice**, St. Louis MO : Mosby, 6 th, 2001.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. **Relatório - Saúde Respiratória uma Responsabilidade Global**. [Em linha]. (2009). [consultado a 17 de Dezembro de 2015]. Disponível na <http://www.ondr.org>

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. **Relatório - Desafios e oportunidades em tempos de crise**. [Em linha]. (2011). [Consulta a 23 Janeiro de 2015]. Disponível em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. **Relatório - prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente**. [Em linha]. (2013). [consultado a 10 de fevereiro de 2015]. Disponível na <http://www.ondr.org>

PISCO, Luis Coordenador da MCSP - **Artigo de publicado nos Cadernos de Economia, edição n.º 80 - Julho/Setembro**. [Em linha]. (2007). [consultado a 17 de Março de 2015]. Disponível na <http://www.portaldasaude.pt>

PORTUGAL, DIÁRIO DA REPÚBLICA 1ª série Nº 38, 22 de Fevereiro, **Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro**. [Em linha]. (2008). [consultado a 17 de fevereiro de 2015]. Disponível na <http://www.ordemenfermeiros.pt/.../DL248-2009>.

PORTUGAL. ULSAM, EPE – **Caracterização do ULSAM, EPE**. [Em linha]. (2014). [consultado a 17 de Março de 2014]. Disponível na <http://www.cham.min-saude.pt/>

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, 2012-2016. [Em linha]. (2011). [Consultado a 10 de Dezembro de 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016.aspx>

PLANO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, 2014-2016. [Em linha]. (2013). [consultado a 15 de Dezembro de 2014]. Disponível na http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PlanoRegionalSaudeNorte_2014_2016.pdf

RABE Kf, Hurd S, ANZUETO A, BARNES Pj, Buist Sa, CALVERLEY P, RODIGUEZ Roisinr, [et al.] **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary**. Am J Respir Crit Care Med, 2007.

REIS, N., Cardoso j. - **Análise do impacto do programa da DPOC no Hospital de Santa Marta, EPE**, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES - projeto **de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio**, Edição nº 1, 2012.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison J. - **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. 1ª ed. Climepsi.editores. Lisboa, 2001

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Hernández; LUCIO, Pilar Baptista - **Metodologia de Pesquisa**, Tradução Fátima Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler, 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SERRANO, Gloria Pérez. - **Elaboração de projetos sociais, casos práticos**, porto editora, Portugal, 2008.

SILVA, C. R., GOBBI, B. C. & SIMÃO, A. A. - **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa**: descrição e aplicação do método. Organizações rurais agroind., Lavras, 2005.

SOARES, Maria de La Salette Rodrigues Soares - **A pessoa com oxigenoterapia de longa duração estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto Domiciliário**, Porto: Repositório da Universidade católica portuguesa instituto de ciências da saúde, Tese de Doutoramento, 2012. Acedido Janeiro, 10, 2015, em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2625>.

TARANTINO, A. Berardinelli - **Doenças Pulmonares**: 6ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**, 5ª ed., Loures, Portugal, Lusociência, 2004.

VELLOSO marcelo, JARDIM Jose - **Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia** um ARTIGO DE REVISÃO, Jornal brasileiro pneumologia, Vol.32 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2006. [Em linha]. [Consultado em 28 dezembro 2014]. Disponível na WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132006000600017&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1
Parecer da comissão de ética

Caetano
Mário do Céu Faia
Enfermeiro
21/01/2015

Parecer Número 01/2015

ULSAM, EPE Comissão de Ética para a Saúde	Solicitado por: Enfermeiro José Abílio Afonso Pinto, A exercer funções no Centro de saúde de Ponte da Barca. Unidade Cuidados Continuados.
Data de entrada no secretariado da CES: 19/12/2014– nº 52	Solicita autorização para elaborar um “Projeto de Investigação em pessoas com DPOC numa Unidade de Cuidados na Comunidade”

1. **A questão colocada** - Projeto de Investigação em pessoas com DPOC numa Unidade de Cuidados na Comunidade.
2. **Fundamentação** - Prevalência da DPOC elevada, sendo reconhecida como patologia de intervenção necessária em cuidados respiratórios, vivências e experiências pessoais e profissionais dos investigadores das dificuldades sentidas pelos doentes.
3. **Conclusão/parecer** – Nada a opor à implementação do estudo.
- 4.

Nota: referências bibliográficas:

Relatores(s):	Dr. António Rodrigues
Ratificado em reunião do dia:	
Enviado parecer:	A quem o solicitou: Ao Conselho de Administração

Presidente da CES, 21 de Janeiro de 2015


(Dr. António Rodrigues)

ANEXO 2
Matriz de redução de dados

**Área temática: Dificuldades e constrangimentos percebidos pelas
Pessoas com DPOC**

Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significância
Capacidade física comprometida		<p>"... as minhas forças são poucas" E1</p> <p>"...quando me levanto fico muito cansada e não tenho força nenhuma" (...) "Tremelico...", "Eu não saio daqui (casa)", "Vou no meu vagar..." E2</p> <p>"Perdi forças" E4</p> <p>"(...)falta-me a força nas pernas" "(...)vou a andar custa-me" E4</p> <p>"Senti que estava mais esmorecido" E6</p>
Atividades de Vida Diária	Atividades instrumentais de Vida Diária	<p>"...a comida não faço" E1</p> <p>"Já o estou a fazer o almoço, como é de pé vou fazendo mas também me custa." (...) "O que tenho dificuldade é fazer a cama, quero estender os lençóis e não posso, mas vou fazendo como posso" E5</p>
	Atividades básicas de Vida Diária	<p>"...preciso que me ajudam na minha higiene "E1</p> <p>"Tomo de pé e amarrada, custa-me um bocado parece que caio" (...) "Ao vestir fico cansada(...) tenho que me sentar" E2</p> <p>"Tomo banho de chuveiro e custa-me, não consigo esfregar tudo, lavo-me com o pano nas costas (...),mas canso-me(...)"E5,</p> <p>"(...) tomo sozinho."E6</p>
	Dispneia	<p>"Às vezes tenho falta de ar" E1</p> <p>"Custa-me baixar (...) e fico sem ar" "(...)tenho falta de ar" E4</p> <p>"(...)falta de ar o subir e ao descer escadas." E5</p>

Capacidade respiratória comprometida		
	Tosse e expetoração	<p>“As vezes na cama tusso bastante...” E2</p> <p>“Sim, e deito expetoração, nem me deixa dormir, é uma ronqueira no peito e no pescoço.”E5</p> <p>“(...)tossia de noite e deitava muita expetoração fora.”E6</p>
Condições Climáticas		<p>“(...)costumava ir ao cemitério, mas de inverno nunca mais fui.”E5</p> <p>“ (...) com a mudança do tempo sinto-me mais abafado, quando está o tempo mais limpo sinto-me melhor” E6</p>

Área temática: Necessidades das Pessoas com DPOC

Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância

Categorias	Unidades de Significância
Oxigenoterapia	"... antes de ir para o hospital foi apanhar oxigênio e soro a Ponte da Barca" E1 " Faço O2 à noite" E2 "Uso O2" E5 "Só uso durante a noite" E6
Ventilação não invasiva	"(...) o Bipap" E3 "Uso (...) e Bipap" E5 "Também uso o Bipap" E6
Apoio de terceiros	"...andou a F. a preparar a terra, fez o comer, limpou a casa e foi embora" E1

Área temática: Estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC

Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significância
Gestão de energia na realização de atividades diária		<p>“Sou eu que mando...”</p> <p>(...) “Mas eu conseguia fazer as coisas mas cansava-me” E1</p> <p>“A trabalhar tenho que parar, não posso fazer tudo seguido” E3</p> <p>“(...)fui meter batatas (...)tive que parar, faltava-me o ar.” E4</p> <p>“Trabalhava no campo e desde que tive esse problema não posso” (...) “Tenho que me sentar” E2</p> <p>“(...)andar muito a pé fico mais cansado” (...) “tenho de para porque me sinto cansado” (...)</p> <p>“Sento-me um bocado e depois volto a ir.” (...) “tive que me sentar umas três a quatro vezes” E3</p> <p>“(...) tenho que parar senão fico cansada” E4</p> <p>“Quando me canso sento-me e ponho-me de braços em cima da mesa” (...) “Às vezes tenho de me encostar a banca para descansar um bocado.”E5</p> <p>“Tenho de parar, já o médico na consulta me recomendava quando fosse a subir escadas ou uma subida forte, para descansar, relaxar e continuar.” E6</p>
Restrição do espaço		<p>“Às vezes quero sair de casa e não vou” E3</p>

		“...não saio muito de casa” E2
Ajudas técnicas	Suportes de apoio	<p>“...amarrar ao corrimão” E2</p> <p>O que me vale e que me “(...)agarro ao ferro da parede.”E5</p>
	Produtos de apoio	<p>“Comprei uma calçadeira grande e agora calço bem e antes custava-me muito.”E5</p> <p>“Vou as quartas-feiras a barca fazer compras, levo o carrinho de rodas. Não tenho dificuldades.” E6</p>
Técnicas de Reabilitação Respiratória		“Metia o ar para dentro e deitava para fora ensinavam-me a fazer esses exercícios. Agora faço eu e sinto-me bem” E6

Área temática: Recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades

Categorias, Subcategorias e Unidades de Significância

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significância
Recursos Humanos	Prestador de cuidados informal	<p>“...tenho uma pessoa, que eu pago, que me faz.” E1</p> <p>“(...)a minha filha” E3</p>
	Profissionais de Saúde	<p>“...já foi ao doutor da Ponte da Barca especialista.”E1</p> <p>“ O médico disse para ter muita cautela e não sair de casa” E2</p> <p>“(...)falei com o médico” E4</p> <p>“...vou a consulta ainda este mês” E2</p> <p>“Só ia a ponte de lima às consultas e marcava o exame de bufar no canudo”E5</p>
Recursos terapêuticos	Oxigenoterapia	<p>“... estava aqui uma carrinha que descarregou a bala de O2” E1</p>
	Fármacos	<p>“...melhorei estava medicada”E1</p> <p>“Tomo medicação” E2</p> <p>“(...)tomo a vacina” E3</p> <p>“(...) tomo xarope” E4</p> <p>“(...)tenho as bombas” E4</p> <p>“Estou a tomar medicação”E6</p>
Serviços de Saúde		<p>“Este ano já tive, fui a viana e levei duas ou três injeções na veia.” E1</p> <p>“Fui uma vez ao hospital” E2</p> <p>“Fui umas poucas de vezes, e nos outros anos fui muitas vezes (...)” E4</p> <p>“(...) teve que o INEM me vir buscar” E4</p> <p>“Foi uma vez a ponte de lima apanhar vapores”E5</p> <p>“(...) chamava o 112” E5</p>

		“Foi uma vez ao hospital ponte de lima.”E6
Recursos Comunitários		“O que vale é que as compras são aqui perto.”E5

ANEXO 3
Escala EURO QOL

EURO QOL

Assinale com uma cruz (assim x), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde de hoje:

Mobilidade

Não tenho problemas em andar	1
Tenho alguns problemas em andar	2
Tenho de estar na cama	3

Cuidados pessoais

Não tenho problemas em cuidar de mim	1
Tenho alguns problemas em lavar-me e vestir-me	2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3

Atividades habituais (ex.: trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	2
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	3

Dor/Mal-Estar

Não tenho dores ou mal-estar	1
Tenho dores ou mal-estar moderados	2
Tenho dores ou mal-estar extremos	3

Ansiedade/Depressão

Não estou ansioso/a ou deprimido/a	1
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	2
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	3

Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

Melhor	1
Igual	2

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde.

O melhor estado de saúde imaginável

	100	
9		0
8		0
7		0
6		0
5		0
4		0
3		0
2		0
1		0
	0	

ANEXO 4

Escala Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire **MRC DQ**

ESCALA MRCDQ

Questionário de Dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire) ESCALA MRCDQ

Questionário de Dispneia (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire)

Assinale com uma cruz (X), o quadrado ☐ correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 1 ☐

Sem problemas de falta de ar expeto em caso de exercício intenso.

“Só sinto falta de ar em caso de exercício intenso”.

GRAU 2 ☐

Falta de folego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.

GRAU 3 ☐

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando ando no meu passo normal.

“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.

GRAU 4 ☐

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.

GRAU 5 ☐

Demasiado cansado ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir

“Estou sem fôlego para sair de casa”

ANEXO 5

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

ESCALA LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING (LCADL)

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e escreva o número correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias atividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há atividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quantificar a falta de ar, ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade).

1 – Eu não fico com falta de ar (se a atividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (se a atividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (se deixou de fazer atividade por causa de falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer para si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes atividades:

Cuidado Pessoal

Enxugar-se

Vestir a parte superior do tronco

Calçar sapatos/meias

Lavar a cabeça

Lazer

Andar em casa

Sair socialmente

Falar

Cuidado Doméstico

Fazer a cama

Mudar os lençóis da cama

Lavar janelas/cortinas

Limpeza/limpar o pó

Lavar a louça

Usar o aspirador/varrer

Atividade Física

Subir escadas

Inclinar-se

APÊNDICES

APÊNDICE A
Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

Designação do Estudo: Projeto de Intervenção com doente DPOC numa Unidade de Cuidados na Comunidade

Eu, _____ abaixo-assinado, _____ (nome completo)

_____, tomei conhecimento do objetivo do trabalho projeto no âmbito “Projeto de Intervenção com doentes DPOC numa Unidade de Cuidados na Comunidade”, realizado pelo mestrando José Abílio Afonso Pinto, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido projeto. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do diagnóstico de situação em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento da informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa. Sei que é garantida a confidencialidade e de ocultação da identidade.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura

do

participante:

O Investigador responsável:

Assinatura:

APÊNDICE B
Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema:

Projeto de Intervenção em pessoas com DPOC, numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Objetivos

Conhecer as necessidades das Pessoas com DPOC de uma Unidade de Cuidados na Comunidade

Conhecer as dificuldades das Pessoas com DPOC de uma Unidade de Cuidados na Comunidade

Conhecer as estratégias utilizadas pela Pessoa com DPOC

Conhecer os recursos utilizados para ultrapassar as dificuldades

Obter

Questões:

- Na sua opinião desde que soube que tinha este problema sentiu que perdeu capacidades? Que capacidades?
- Acha que consegue fazer tudo na sua “a vida diária” como anteriormente fazia?
- Dentro do que referiu o que considera que mais o limita?
Que estratégias utiliza para colmatar estas limitações?
- O que acha que poderia contribuir para reduzir as dificuldades que sente?
- Já teve apoio de algum Enfermeiro de Reabilitação? Que tipo de apoio?
(solicitar especificação)